
COUNTWAY LIBRARY
HC 2VVK R





GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

TOME PREMIER.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation. 1 vol. in-8. 8 fr. 50

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS. 1 vol. in-8. 8 fr.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

H. I. Bowditch from Dr Shattuck

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX,

Médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (ancien Hôtel-Dieu annexe),
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

TOME PREMIER.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES. — MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.
A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, LIBRAIRE.
A MADRID C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.
1850.

PRÉFACE

DE LA SECONDE ÉDITION.

L'accueil que le *Guide du médecin praticien* a reçu du public médical dès son apparition, et la nécessité dans laquelle je me trouve de faire sitôt une seconde édition d'un ouvrage si étendu, prouvent que je ne me suis pas trompé en pensant qu'il répondait à un besoin impérieux de la pratique de notre art. C'est donc à compléter cette œuvre, à y consigner toutes les acquisitions importantes faites dans ces dernières années, et à faire disparaître, autant que possible, les imperfections de détail qui se glissent toujours dans un travail de ce genre, que j'ai dû m'appliquer dans cette nouvelle édition.

Je n'ai rien négligé pour que ces améliorations fussent aussi complètes qu'on peut le désirer dans l'état actuel de la science, et, pour y parvenir, j'ai profité des conseils qui m'ont été donnés par des confrères dont la bienveillance à mon égard s'est manifestée dans la plupart des journaux de médecine. Je ne pouvais mieux les remercier qu'en suivant leurs avis, et je peux dire que si je ne l'ai pas toujours fait, c'est que j'ai été arrêté par des obstacles insurmontables.

Un de ces avis que je mentionne ici, parce que c'est celui que j'aurais le plus désiré pouvoir suivre, m'engageait vivement à diviser le traitement suivant les diverses indications. Assurément, ce serait là une division parfaite; mais sommes-nous en mesure de l'établir? Les recherches tendantes à nous faire connaître d'une manière précise les indications dans le traitement des maladies sont malheureusement encore trop peu avancées pour que le plus souvent il ne nous soit même pas permis de le tenter. Dans cet

état de choses, j'ai dû nécessairement me contenter d'exposer le traitement le plus complétement et le plus méthodiquement possible, et d'indiquer, toutes les fois que je l'ai pu, les cas où telle médication paraît plus particulièrement applicable. En un mot, j'ai suivi l'ordre des indications jusqu'au point où un pas de plus m'aurait conduit dans les spéculations de la théorie pure.

De nombreuses additions, qui prouvent combien est grande l'ardeur avec laquelle se poursuivent les recherches médicales, ont été nécessaires dans cette seconde édition encore si voisine de la première. Je n'ai cependant choisi que les travaux qui avaient une utilité pratique réelle, tout en regrettant de ne pouvoir pas en citer d'autres très importants, mais d'un intérêt purement scientifique.

J'ai surtout profité d'un grand nombre de faits nouveaux. Beaucoup sont venus confirmer les règles établies dans cet ouvrage; plusieurs sont venus les modifier. J'ai indiqué avec soin ces modifications, dont quelques unes ont exigé le remaniement de certaines parties.

En outre, on trouvera dans cette édition plusieurs articles qui, pour divers motifs, n'avaient pas trouvé place dans la précédente. Ce sont : la *salivation idiopathique*, la *névralgie générale*, le *vomissement nerveux*, la *colique végétale*, le *sclérème des adultes*, et la *fièvre puerpérale*, maladie qui n'était pas suffisamment décrite dans l'histoire de la métrite et de la métro-péritonite des nouvelles accouchées.

J'ai fait aussi disparaître avec soin toutes les longueurs et les négligences d'une première rédaction.

J'ai ajouté à cette édition une *table alphabétique générale* suffisamment détaillée, table indispensable dans un ouvrage d'une aussi grande étendue, et qui permettra au médecin d'arriver de prime abord au sujet qu'il voudra étudier, sans être arrêté par les embarras que pourrait lui causer une synonymie qui devient chaque jour plus riche, trop riche peut-être.

Enfin, je dois mentionner une amélioration, toute matérielle il est vrai, mais qui a aussi son importance. Par une combinaison typographique mieux entendue, nous sommes parvenus à faire entrer dans cinq volumes, les dix volumes de la première édition, avec les nombreuses additions que j'ai dû y faire, et à conserver cependant un caractère parfaitement lisible. De cette manière, l'éditeur est parvenu à réduire de moitié le prix de cette seconde édition, qui sera ainsi plus accessible à tous et plus portative en même temps. Cette amélioration ne sera pas, sans doute, la moins appréciée.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'ajouter ici un passage de l'avertissement du sixième volume de la première édition, qui répond à des objections trop importantes pour rester sans réponse. Voici ce passage :

« On a dit qu'en présentant, comme je le fais, mes *Tableaux synoptiques*

du diagnostic, je parais vouloir donner, à cette partie de la pathologie, une rigueur mathématique qu'elle ne peut avoir. Je saisis avec plaisir cette occasion de déclarer que telle n'est pas mon intention ; et je croyais l'avoir suffisamment exprimée, en disant à plusieurs reprises que les affections présentaient souvent des nuances que le médecin seul peut apprécier. Mais s'ensuit-il qu'on ne doive pas mettre en parallèle les principaux points du diagnostic? Je ne le pense pas. Ces principaux points forment l'axe autour duquel pivote le diagnostic tout entier, et bien connaître les généralités, c'est la principale condition pour bien apprécier les cas particuliers ou exceptionnels. Or j'ai pensé qu'en mettant en parallèle les points culminants dans mes tableaux synoptiques, je fournissais à la mémoire une base solide. Seulement il ne faut pas oublier que ce ne sont là que les points culminants. Tel a été uniquement mon dessein.

» On a ajouté que je faisais trop bon marché de l'expérience particulière des médecins. Mais ai-je mérité ce reproche? Est-il vrai que c'est désespérer le praticien que de dire : Tel médecin a *dit* s'être bien trouvé de tel remède, mais il ne cite pas de faits à l'appui? Je ne le crois pas. Lorsqu'un médecin annonce, sans en fournir les preuves, qu'il a réussi en mettant en usage certains agents thérapeutiques, que demande-t-il, si ce n'est qu'on essaie ces agents afin de se créer une conviction semblable à la sienne? Or, en mettant les moyens indiqués à la disposition des autres praticiens, je remplis ses intentions; mais je me garderais bien de regarder comme acquis à la science des faits qu'on ne peut discuter; car l'histoire de la médecine prouve que les plus habiles se trompent. N'est-ce pas plutôt désespérer le praticien, que de lui indiquer, avec une confiance illimitée, des moyens qui si souvent échouent entre ses mains? Il se trouve embarrassé dans un cas rebelle : arrive une prescription vantée comme très efficace; il se croit sûr du succès, il échoue : première déception; on lui communique une autre médication, il l'emploie et il échoue encore : déception nouvelle; à la troisième ou quatrième, n'a-t-il pas sujet d'être désespéré? Et cela ne se voit-il pas trop souvent? Que ces moyens qui n'ont pas pour eux la sanction des faits ne soient recommandés qu'à titre d'essai à tenter, et il n'y a plus d'inconvénient. Or c'est ainsi que je procède.

» Un autre critique m'a, au contraire, blâmé de n'avoir pas fait justice d'une foule de médicaments incertains, pour me contenter d'en indiquer un très petit nombre dont l'efficacité soit bien démontrée. Certes, je ne demanderais pas mieux que de pouvoir le faire; mais l'état de la thérapeutique le permet-il? J'adresse cette question aux praticiens. En est-il un parmi eux qui n'ait, dans bien des cas, eu recours à de nombreux traitements, et n'ait désiré d'en connaître d'autres? Le temps viendra, j'en ai la conviction, où,

grâce aux recherches rigoureuses, la thérapeutique acquerra cette certitude si désirable. Mais ce temps est encore loin, car ces recherches sont longues et pénibles, et trop peu d'hommes ont assez de dévouement pour s'y consacrer. En attendant, fournir aux praticiens des moyens variés, qu'il peut tenter lorsque ceux qu'il emploie ordinairement ont échoué, c'est, j'en suis certain, lui être d'une utilité incontestable. »

Paris, 25 mai 1850.

AVANT-PROPOS

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

L'ouvrage dont j'entreprends la publication diffère trop sensiblement de tous ceux qui ont paru jusqu'à ce jour, sur le même sujet, pour que je puisse me dispenser d'entrer dans quelques explications propres à faire connaître l'esprit dans lequel il a été conçu, le but que je me suis proposé d'atteindre en le publiant, et la manière dont j'ai cru devoir mettre en œuvre les nombreux matériaux nécessaires à sa composition. Ayant introduit dans mon cadre des innovations importantes, j'ai pensé qu'il fallait, avant tout, les signaler et en faire bien comprendre la portée; c'est pourquoi j'espère que le lecteur ne trouvera pas trop longs les détails qui vont suivre.

Pour mettre un peu d'ordre dans mon exposition, je commence par diviser mon sujet en deux questions principales :

« 1° A quel besoin de l'époque s'adresse cet ouvrage? quelle est son utilité » pour la pratique de la médecine?

» 2° Par quels moyens parviendra-t-il à satisfaire ce besoin de notre époque, et » comment sera-t-il plus utile aux médecins praticiens que tant d'autres traités de » pathologie et de thérapeutique universellement estimés? »

La meilleure réponse à la première de ces deux questions se trouvera dans un examen rapide de notre époque médicale.

Nous en sommes témoins chaque jour, presque tous les médecins ne demandent et ne veulent que des ouvrages qui aient directement trait à la pratique, et qui puissent les guider dans l'exercice de leur art. Les recherches les plus savantes reçoivent peu d'accueil du plus grand nombre, si elles n'apportent avec elles une nouvelle recette, une nouvelle formule, un nouveau procédé. Aussi voyons-nous la plupart des publications nouvelles se parer du titre de *pratiques*, alors même qu'elles n'ajoutent que bien peu de chose à la pratique la plus vulgaire. Pourquoi

donc cette exigence si contraire à l'esprit scientifique qui doit présider aux études médicales ? Pourquoi cette distinction si tranchée et si nouvelle, établie aujourd'hui par les médecins, entre les ouvrages *pratiques* et les ouvrages *scientifiques?* Jusqu'à ces derniers temps, une pareille distinction non seulement n'était pas admise, mais encore paraissait à peu près impossible ; chez nos devanciers, tous les ouvrages, tous les traités étaient pratiques, et l'on ne concevait pas qu'il en pût être autrement. Cherchons les causes de cette transformation si remarquable qui s'est opérée, depuis quelques années, et dans les idées et dans le langage.

Les anciens avaient, pour les diriger dans la pratique de la médecine, deux guides qu'ils suivaient avec une confiance aveugle : c'étaient la *tradition*, ou un *système*. Ceux qui suivaient la tradition, choisissaient dans les ouvrages des grands maîtres un certain nombre de procédés, de recettes, de préceptes, dont ils faisaient ensuite un usage suivi ; d'autres, en plus grand nombre, adoptant avec enthousiasme le système dominant, faisaient découler la pratique des idées théoriques qu'ils avaient embrassées ; d'autres enfin, moins exclusifs, demandaient en même temps à la tradition et au système des exemples et des préceptes.

Ainsi nos prédécesseurs ne se trouvaient jamais arrêtés dans leur pratique. La tradition, en effet, ne pouvait pas leur manquer ; les grands oracles médicaux interprétés, commentés, sans cesse étudiés, étaient là toujours prêts à leur répondre. Quant aux systèmes, s'il est vrai que le système dominant s'établissait sur des ruines, du moins il apportait avec lui tous les matériaux nécessaires pour la reconstruction d'un édifice complet ; et de la doctrine nouvelle naissait aussitôt une nouvelle pratique qui satisfaisait toutes les exigences de l'art médical.

C'est ainsi que la médecine a vécu pendant une longue série de siècles, sans qu'on éprouvât le besoin d'une plus grande rigueur dans des études qui, tantôt renfermées dans le domaine de la spéculation, étaient privées de la base solide des faits, et tantôt fondées sur une expérience insuffisante, ne pouvaient tenir les esprits en garde contre les écarts de la théorie. Combien les progrès de la thérapeutique n'ont-ils pas eu à souffrir de cette marche aveugle de la science ! Que de regrets on éprouve, en voyant tant d'études, de veilles, de génie, dépensés pour obtenir d'aussi faibles résultats ! Que d'erreurs pour quelques vérités !

Lorsque Broussais parut, on était déjà las de tous ces systèmes qui, à des intervalles plus ou moins longs, venaient bouleverser la médecine, et l'on commençait à trouver un peu lourd le joug de l'autorité. C'était une époque bien choisie pour un génie destructeur ; aussi l'édifice ancien s'écroula-t-il bientôt sous les coups de l'école nouvelle. Mais comment Broussais eut-il assez de puissance pour élever un nouveau système ? comment put-il *refaire une nouvelle médecine*, et l'imposer au monde à la place des vieilles doctrines ? C'est là ce qui surprend, à une époque où l'anatomie pathologique prenait racine partout, et où les recherches de l'illustre Laënnec avaient montré ce que pouvait une observation même incomplète, pourvu qu'elle fût sagement dirigée. Quoi qu'il en soit, le système de Broussais, s'appuyant sur quelques vérités jusque-là méconnues, séduisit presque tous les esprits par sa simplicité, et plus encore peut-être par la manière habile et passionnée à la fois dont il était défendu.

Je n'ai pas besoin de rappeler quelle influence les doctrines de l'*école physiologique* eurent sur la pratique. Tous les états morbides réduits à peu près à un seul,

tous les traitements furent également réduits à un seul, qu'on modifiait légèrement suivant les circonstances. Dès ce moment, la tradition du passé fut perdue, et les anciens préceptes de l'art ne furent plus entendus que d'un petit nombre qui n'avaient pas embrassé les idées nouvelles.

Mais le système de Broussais ne pouvait longtemps satisfaire l'esprit investigateur de notre époque. En remettant tout en question, il avait provoqué des études et des recherches dont les résultats devaient lui être funestes : il ne devait pas résister à l'épreuve des faits bien observés, cette épreuve décisive ! Dès que l'observation exacte, rigoureuse, faite sincèrement dans le but d'éclairer les questions en litige, se montra avec toute sa puissance dans ces ouvrages de M. Louis, dont notre époque doit être si fière, ce système qui paraissait si habilement conçu, et pour la défense duquel on avait rendu les faits si malléables, fut miné avant même que son défenseur eût disparu de l'arène.

Que devint alors la pratique, et dans quelle situation se trouvèrent les médecins qui, éblouis par le faux éclat des doctrines de l'*école physiologique*, les avaient adoptées sans partage ? D'une part, la tradition interrompue, le langage des anciens devenu inintelligible, le joug de l'autorité brisé ; de l'autre, le dernier système détruit sans être remplacé, car on comprenait enfin l'inanité de tous ces systèmes qui précèdent l'étude des faits : telle était la situation. Des deux anciens guides de la pratique médicale, il ne restait plus, pour ainsi dire, de traces. La discussion avait tué les anciens systèmes, et l'observation le nouveau.

Ce fut alors que l'on comprit plus que jamais qu'en médecine il fallait faire la part de la science et celle de l'art. Pour avoir confondu entre elles ces deux parties distinctes, quoique ayant des rapports intimes, les anciens nous avaient laissé, en thérapeutique, bien peu de chose qui ne fût sujet à contestation. On ne voulait plus tomber dans cet inconvénient ; on demandait plus de rigueur dans l'étude des faits et plus de certitude dans les résultats ; on voulait, en un mot, faire de la médecine une science exacte.

Certes, on ne saurait blâmer cette tendance nouvelle ; mais les exigences de l'art ne peuvent s'accommoder de la sage lenteur des études scientifiques. Chaque jour pressé par les besoins de la pratique, le médecin se voit forcé de prévenir les décisions de la science. Le mal est là toujours présent, toujours actif, qui réclame de prompts secours et n'attend pas que les recherches modernes aient définitivement établi quel est le meilleur remède à lui opposer.

C'est en présence de ces besoins sans cesse renaissants, que l'immense majorité des médecins a élevé la voix pour demander un guide sûr pour la pratique, et c'est pour répondre à cet appel que chacun s'est mis à l'œuvre. Quelques uns ont cherché dans la pratique des anciens des moyens thérapeutiques qu'ils ont ressuscités en les modifiant ; d'autres, à l'aide d'une observation exacte et détaillée et de l'analyse numérique, sont parvenus à quelques résultats bien peu nombreux sans doute, car ils sont le fruit d'études lentes et pénibles, mais les plus importants de tous, car ils ont, en général, un degré de précision jusqu'alors inconnu ; d'autres enfin, en bien plus grand nombre, tenant le milieu entre cette méthode sévère et celle des anciens, se sont livrés à une expérimentation variée, souvent habile, souvent aussi insuffisante, mais qui, si elle ne nous fait pas connaître la valeur exacte

des diverses médications essayées, du moins nous fournit fréquemment des indications précieuses que le praticien est heureux de pouvoir suivre,

D'un autre côté, le diagnostic des maladies, acquérant une perfection incontestable, a permis de mieux établir les données de ce grand problème : *Une maladie étant donnée, en trouver le meilleur traitement;* et les progrès presque merveilleux de la chimie, en débarrassant la matière médicale de tant de grossières préparations qui l'encombraient, ont permis aux expérimentateurs d'employer des substances médicamenteuses plus simples, mieux connues, et dont ils pouvaient plus facilement surveiller et étudier l'action.

Tant d'efforts réunis ne pouvaient être stériles. Aussi les journaux de médecine n'ont-ils pas tardé à se remplir d'articles sur la thérapeutique. Les expériences, les résultats de l'observation, les essais y ont été consignés avec empressement, et le succès des publications qui ont pour but unique de fournir de nouveaux moyens à la pratique prouve assez combien on sentait le besoin de franchir les limites du traitement antiphlogistique, et d'échapper à l'envahissement de la médecine expectante, c'est-à-dire à l'inaction presque complète que le découragement de quelques uns cherchait à imposer à tous. Bientôt les ouvrages didactiques se sont ressentis de ces progrès. Dans les traités de pathologie on a pu trouver une plus juste appréciation des signes des maladies, un peu plus grand nombre d'indications thérapeutiques, et une plus grande variété de moyens curatifs. De nouveaux traités de matière médicale et de thérapeutique ont apparu avec de nouvelles richesses. De tous côtés, en un mot, cette tendance des esprits vers la méthode expérimentale s'est manifestée par des résultats souvent précieux pour la science.

Tel est aujourd'hui l'état des choses. Les travaux exécutés dans l'intention de rendre la pratique médicale plus sûre et plus facile sont nombreux et variés; le praticien semble n'avoir que l'embarras du choix, et cependant il n'est point encore satisfait. Les publications de ces dernières années, dont je suis bien loin de contester le mérite, seraient-elles donc insuffisantes pour la pratique journalière? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Les recherches récentes ont été, ai-je dit, consignées dans de nombreux recueils périodiques dont quelques uns sont d'une richesse incontestable; mais le praticien peut-il trouver une règle générale de conduite dans cette réunion de faits à laquelle le hasard seul a présidé? Sans doute pour quelques cas donnés, il aura sous les yeux des exemples utiles; mais comment pourra-t-il, à l'aide de ces matériaux dispersés dans de nombreux volumes, se composer une thérapeutique complète? Les journaux et les collections de toute espèce sont autant de dépôts où chacun apporte les éléments d'un bon traité pratique; mais ces éléments seront d'un bien faible secours au praticien tant qu'ils ne seront pas rassemblés, coordonnés, associés de manière à former un corps de tous ces membres épars.

Les traités généraux, soit de pathologie, soit de thérapeutique; les dictionnaires, les encyclopédies, etc., paraissent, au premier abord, plus propres à satisfaire les exigences du praticien; mais bientôt on voit qu'ils ne remplissent pas, aussi bien qu'on l'aurait cru, toutes les conditions nécessaires pour atteindre ce but. Dans les traités de pathologie interne, la *description* des symptômes, les *complications*, souvent l'historique, occupent la plus grande place; le diagnostic est rapidement

exposé, et le traitement n'est indiqué que d'une manière générale; dans les traités de thérapeutique, au contraire, les détails du traitement tiennent une grande place, mais, en revanche, nous n'y trouvons que de simples aperçus pathologiques. Il y a plus : ces ouvrages, qui pour le praticien sont complémentaires l'un de l'autre, sont conçus d'une manière toute différente : dans les *traités de pathologie*, c'est par l'histoire de la maladie qu'on arrive à l'application du traitement, et dans les *traités de thérapeutique*, c'est par l'histoire des médicaments qu'on arrive aux indications thérapeutiques; en sorte que c'est pour le praticien un travail difficile et souvent impossible que de faire accorder entre eux des ouvrages dont le plan est si différent.

On voit donc que si l'on réclame encore des traités propres à diriger la pratique, ce n'est pas sans raison, et que si un bon nombre de matériaux existent pour l'accomplissement de cette œuvre, il reste à les employer convenablement. C'est là ce que je me propose d'exécuter dans cet ouvrage, et telle est ma réponse à la première des deux questions que je me suis posées en commençant.

Passons maintenant à la seconde.

Comment, avons-nous dit, cet ouvrage remplira-t-il mieux que tant d'autres les conditions d'un traité pratique?

Pour que le lecteur puisse en juger par lui-même, il me suffira d'exposer en détail le plan que je me suis tracé.

PLAN DE L'OUVRAGE.

J'ai dû d'abord adopter un ordre qui rendît facile au médecin les recherches qu'il aurait à faire. Je pouvais choisir entre l'ordre alphabétique et un de ceux qui ont été suivis dans les traités récents de la pathologie; car, je dois le dire, dans un ouvrage entièrement pratique, le point essentiel est de disposer la matière de manière à ce qu'on puisse trouver facilement la description et le traitement d'une maladie quelconque; il importe peu que l'ordre en soit plus ou moins philosophique. Si j'ai rejeté l'ordre alphabétique, c'est uniquement parce que, séparant des maladies qui ont des connexions intimes, j'aurais été forcé à quelques répétitions inutiles. J'ai donc pris l'ordre le plus simple de tous et le plus généralement adopté dans les ouvrages cliniques : c'est celui qui consiste à décrire successivement les maladies de chaque appareil, et à renvoyer à la fin celles qui n'ont pas de siége déterminé.

Dans la description de chaque maladie en particulier, j'ai d'abord retranché tout ce qui n'était pas essentiel à la pratique : ainsi, dès qu'une affection n'est plus indépendante, et qu'elle ne constitue qu'une complication, je renvoie son étude à l'histoire de la maladie qu'elle complique. Faire autrement, ce serait, comme dans les traités de pathologie, tomber dans des redites et des longueurs qui, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, auraient de grands inconvénients.

Me livrer à des *recherches historiques* dans un but purement littéraire, c'eût été bien plus encore m'éloigner du but que je me suis proposé. Toutefois je n'ai pas négligé l'étude des anciens, loin de là; mais, réservant presque entièrement

les recherches historiques pour l'étude du traitement, je me suis borné à un aperçu très général, et j'ai immédiatement passé à la recherche des causes, à l'étiologie, cette partie si obscure de la pathologie.

La *connaissance des causes* est d'une grande importance pour la pratique ; j'ai donc mis tous mes soins à rechercher les circonstances dans lesquelles les maladies prenaient naissance, et qui pouvaient avoir quelque influence sur leur développement. Malheureusement, l'étude des causes est très difficile, et a presque toujours été faite sans méthode et sans rigueur; je me suis donc vu bien des fois arrêté par le doute devant des causes admises avec confiance par bien des auteurs. Ce doute, je l'ai exprimé, et je me suis toujours attaché à distinguer les causes démontrées de celles qui ne sont que probables, et surtout de celles qui peuvent bien n'être que des coïncidences, ou qui n'ont été admises que par suite d'idées théoriques.

Dans l'*exposition des symptômes*, j'ai tâché d'être bref et concis, sans toutefois négliger les détails. Je me suis surtout efforcé de mettre en saillie les symptômes principaux, essentiels, et d'en bien apprécier la valeur, car c'était le seul moyen de préparer le diagnostic, sans lequel toute pratique est incertaine et souvent dangereuse. J'ai, autant que possible, puisé mes descriptions dans les meilleures observations publiées par les auteurs, tant anciens que modernes, et de cette manière j'ai pu apporter quelques modifications importantes dans la description des maladies dont on avait toujours tracé l'histoire d'après des impressions générales, ou d'après les écrits de nos devanciers. On comprendra facilement que la pratique ne pouvait que gagner à cette innovation; aussi n'ai-je pas reculé devant l'immense travail que nécessitait cette révision de tant de faits divers et épars dans tant de livres si différents, me trouvant suffisamment payé de mes peines toutes les fois que j'ai pu découvrir et signaler un moyen utile à la pratique et imparfaitement connu.

C'est également sur les observations que j'ai cherché à établir la *marche*, la *durée* et la *terminaison des maladies*, dont la connaissance est si importante pour le praticien. J'ai, par là, rapproché cet ouvrage d'un traité de clinique, et fourni les meilleurs exemples à suivre dans les cas difficiles.

Mais c'est surtout dans l'*étude du diagnostic* que je me suis appliqué à rendre toutes les questions claires et faciles à résoudre. Le diagnostic est, en effet, pour le praticien, le résumé de toute la pathologie, comme l'administration du médicament est le résumé de toute la thérapeutique. Je ne me suis pas contenté d'exposer avec détail les signes différentiels des diverses maladies qu'on peut confondre entre elles ; j'ai de plus, dans un *tableau synoptique*, mis en regard ces diverses maladies, ainsi que leurs signes distinctifs; en sorte que, d'un coup d'œil, le médecin peut saisir et les caractères de l'affection qu'il veut reconnaître, et les différences qui la séparent des affections les plus voisines.

Vient enfin le *traitement*, ce dernier but de tous nos efforts, et qu'il importait, par conséquent, d'étudier avec un soin tout particulier. C'est dans cet article surtout que, consultant les anciens, demandant des lumières aux traités généraux et aux nosographies, compulsant les recueils de toute espèce, je me suis efforcé de faire ce travail indispensable au praticien, et que néanmoins le praticien ne peut pas exécuter, c'est-à-dire de rassembler les faits épars, de faire connaître les

moyens, les procédés thérapeutiques les plus importants, et de les présenter dans un ordre convenable, de manière à tracer au médecin sa ligne de conduite pour tous les cas qui peuvent réclamer son ministère.

Je ne devais pas, dans une partie si essentielle, reculer devant les détails les plus circonstanciés, car on ne saurait trop insister sur les moindres particularités lorsqu'il s'agit de l'application de moyens utiles ou dangereux, suivant qu'ils sont bien ou mal employés.

Prenant une à une chaque indication thérapeutique, j'ai fait voir comment elle avait été remplie par les hommes les plus habiles. J'ai non seulement indiqué les médicaments mis en usage, mais encore leur dose suivant les cas et suivant les âges, lorsqu'il y avait lieu. J'ai cité les formules, indiqué le mode d'application, et le temps qu'il faut choisir pour cette application. J'ai fait connaître les remèdes le plus généralement employés, et ceux que quelques praticiens ont seuls préconisés.

Dans les ouvrages de pathologie interne, on se contente, pour les procédés chirurgicaux, de renvoyer le lecteur aux traités de chirurgie; j'ai cru devoir, au contraire, décrire avec tous les détails nécessaires ces procédés, les modifications qu'on leur a fait subir, la manière d'en faire usage; en un mot, j'ai considéré l'article *Traitement* comme faisant partie d'un traité de thérapeutique appliquée.

J'ai été encore plus loin. Pour résumer tout ce qui avait rapport à chaque indication thérapeutique, j'ai terminé chaque article consacré à une maladie dont le traitement est important et compliqué par *une ou plusieurs ordonnances* où le praticien trouvera tout ce que, dans l'état actuel de la science, on peut prescrire avec le plus de chances de succès dans un cas donné. Pour comprendre l'utilité de ces ordonnances, il faut se rappeler que ce n'est pas tout que de connaître les divers moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, il faut encore savoir les associer de manière à ce qu'ils ne se contrarient pas les uns les autres, ou plutôt de manière à ce qu'ils se prêtent un mutuel secours.

Si l'on a bien saisi le plan que je viens de tracer, on doit voir que mon but a été de mettre en un faisceau, sous les yeux du praticien, tout ce qu'il lui importe le plus de savoir; et dans ce but, j'ai eu recours aux meilleurs traités, et surtout aux meilleures observations. J'ai fouillé dans les anciens, pour leur emprunter leurs faits, leurs formules et leurs procédés. J'ai été à la recherche des expérimentations modernes, et j'en ai recueilli les résultats. Tous ces éléments, je les ai présentés de manière à ce qu'ils pussent être aisément saisis, et que le médecin n'eût qu'à ouvrir le livre pour se mettre au courant de tout ce que la science nous offre de véritablement pratique.

Qu'on ne croie pas néanmoins que j'aie voulu me borner au rôle de compilateur. Faire un recueil de recettes, et accueillir tout sans discussion, ne pouvait me convenir; c'est ce dont ne peuvent douter ceux qui connaissent mes doctrines et mes travaux antérieurs, quelque jugement qu'ils en puissent porter d'ailleurs. J'ai donc soumis à la critique les opinions, les théories, les faits; car je suis convaincu que rien n'est plus pernicieux pour la pratique que de répandre, sans contrôle, dans le public, comme on ne le fait que trop, les résultats d'une expérimentation incomplète ou d'une observation erronée. Je n'ai pas non plus oublié qu'il ne suffit pas d'énumérer et même de faire connaître en détail les diverses espèces de traitements mises en usage, et qu'il faut encore rechercher si parmi elles il en est qui inspirent

une confiance particulière ; c'est ce que j'ai fait. Malheureusement, le défaut de renseignements positifs m'a empêché bien souvent de porter un jugement motivé ; j'ai fait alors ce que je pouvais faire : j'ai exposé l'état de la science, en en signalant le vague et l'incertitude. Cette partie de ma tâche ne m'a pas paru la moins importante, et je dois le dire, c'est celle que, malgré sa grande difficulté, j'ai accomplie avec le plus de plaisir, parce que j'ai la conviction que rien ne saurait être plus utile que de montrer aux laborieux observateurs de nos jours les innombrables et immenses lacunes qu'il reste encore à combler, afin que chacun redouble d'efforts à la vue de tant de travaux à accomplir. C'est ainsi, j'ose l'espérer, que cet ouvrage ne sera pas sans quelque utilité pour la science, tout en s'adressant particulièrement aux besoins de l'art.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE PREMIER.

Maladies des voies respiratoires.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont à la fois multipliées, fréquentes et souvent très graves; sous ce triple point de vue, elles méritent toute l'attention du praticien, et c'est ce qui m'engage à en placer la description en tête de cet ouvrage. Je commencerai par les maladies des fosses nasales.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES FOSSES NASALES.

Les fosses nasales ont un double usage : 1° elles sont le siége de l'olfaction; 2° elles constituent une portion importante du canal respiratoire. A ces deux titres, elles intéressent le physiologiste. Il n'en est pas de même du pathologiste. Pour lui, en effet, les fosses nasales ont un médiocre intérêt comme siége de l'olfaction; les aberrations de l'odorat, lorsqu'elles n'ont pas pour cause une lésion organique, ou, en d'autres termes, lorsqu'elles ne sont pas un simple symptôme d'une affection plus sérieuse, ne sont presque jamais soumises à son observation; et quand elles ne constituent qu'un symptôme, leur importance se perd dans celle des autres phénomènes présentés par la maladie principale. Comme faisant partie des voies respiratoires, au contraire, elles présentent des affections importantes, qui vont être étudiées successivement.

Voici l'ordre que je suivrai dans la description des diverses maladies de ces cavités. Je commencerai par l'*épistaxis*, affection légère ordinairement, mais parfois assez grave pour causer la mort. Puis je décrirai l'inflammation aiguë simple de la pituitaire : *coryza aigu simple*, *rhinite aiguë;* l'inflammation chronique simple, *coryza chronique simple*, *rhinite chronique;* et enfin l'*ozène*, maladie importante que je désignerai, pour des raisons qui seront exposées plus loin, sous le nom de *coryza ulcéreux*, ou *rhinite ulcéreuse*.

ARTICLE I.

ÉPISTAXIS (*hémorrhagie nasale, rhinorrhagie*).

L'épistaxis est une des hémorrhagies qui se rattachent au plus grand nombre d'états pathologiques. S'il fallait l'étudier sous tous les points de vue qu'elle peut présenter et dans tous ses rapports avec les autres affections, j'aurais à entrer dans des considérations extrêmement multipliées. Mais cette manière de l'envisager, quelque intéressante qu'elle soit, n'entre point dans le plan de cet ouvrage. Il serait tout à fait inutile pour le praticien de mêler à l'histoire de l'épistaxis, qui peut réclamer en propre les secours de l'art, celle de l'épistaxis, qui n'apparaît que comme épiphénomène dans le cours d'une autre affection. Il sera temps de parler de cette dernière espèce d'hémorrhagie nasale lorsque nous aurons à étudier les maladies dont elle est un symptôme. Je ne traiterai donc, dans cet article, que de l'épistaxis qui constitue à elle seule une maladie à combattre.

Bien que restreinte dans ces limites, l'épistaxis n'en présente pas moins un certain nombre d'espèces ou de variétés, suivant la cause qui l'a produite. Ainsi nous avons l'épistaxis par congestion ou active ; les diverses espèces d'épistaxis dites passives, telles que l'épistaxis scorbutique, chlorotique, etc. ; les épistaxis supplémentaires : hémorrhagies qui par leur abondance peuvent occasionner de graves accidents, et même la mort. On trouve des exemples de cette terminaison funeste dans les épistaxis idiopathiques aussi bien que dans les épistaxis symptomatiques; en sorte que cette hémorrhagie, quelle que soit sa cause, doit attirer spécialement l'attention du praticien, dès que son abondance dépasse certaines limites.

Après ces considérations, on ne s'étonnera pas de ne pas me voir diviser cette hémorrhagie en critique et symptomatique, avec fièvre et sans fièvre, comme l'a fait Fernel (1), ou bien en passive, pléthorique, fébrile, critique, *insalubre*, d'après Sauvages (2). Je ne conserverai de ces divisions que ce qui pourra avoir quelque importance pour le traitement.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Toute espèce d'hémorrhagie nasale est désignée aujourd'hui sous le nom d'*épistaxis*. Les anciens lui donnaient généralement le nom d'*hæmorrhagia narium*, ou simplement d'*hæmorrhagia ;* quelquefois ils mettaient en usage les expressions de *stillatio sanguinis è naribus*, *sanguinis fluxus per nares*. Dans ces derniers temps, on s'est servi des termes de *rhinorrhagie* ou *hæmorhinorrhagie*.

L'épistaxis est, sans contredit, la plus fréquente de toutes les hémorrhagies, mais il est assez rare qu'elle soit assez abondante pour détériorer la santé ou pour réclamer immédiatement les secours de l'art : cas dont nous nous occupons ici, ainsi que je l'ai dit plus haut. Néanmoins, il est peu d'auteurs qui n'aient cité des exemples d'hémorrhagies nasales très violentes, et auxquelles il a fallu opposer des remèdes énergiques, en sorte que le praticien doit être en garde contre de pareils accidents

(1) *Pathol.*, lib. V, ch. VII, *Hæmorrhagia narium*.
(2) *Nosol. meth.*, t. II, p. 284, Amst. 1768.

et connaître à fond les divers moyens de traitement qui seront décrits plus loin avec détail.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Épistaxis idiopathique. C'est un fait reconnu par tout le monde, que le jeune *âge* est particulièrement sujet à cette espèce d'hémorrhagie. Toutefois il est nécessaire d'établir une distinction. Si l'on considère l'épistaxis en général, sans acception des circonstances qui peuvent lui donner les degrés de gravité les plus divers, nul doute que l'enfance et l'adolescence ne soient les époques de la vie où elle se manifeste de préférence. Combien ne trouve-t-on pas d'individus qui, après avoir eu pendant toute leur jeunesse des épistaxis très fréquentes, les ont vues disparaître peu à peu, à mesure qu'ils avançaient vers l'âge mûr ! Mais si nous ne considérons que l'épistaxis qui, par sa gravité, compromet la santé et même la vie des sujets, nous sommes bien loin de trouver, dans le jeune âge, cette proportion immense de cas qu'on y observe quand il s'agit de l'épistaxis légère. Parmi les observations que j'ai pu réunir, quatorze donnent l'âge des malades, et il en résulte que six seulement étaient, non point des enfants, mais des jeunes gens; et que huit étaient parvenus à l'âge mûr ou à une vieillesse assez avancée.

Quant au *sexe*, les faits prouvent qu'il a une grande influence sur la production de l'épistaxis. Tous les auteurs ont reconnu que les sujets du sexe masculin éprouvaient bien plus fréquemment cette hémorrhagie que ceux du sexe féminin; et ce qui est vrai de l'épistaxis, considérée en général, ne l'est pas moins de l'épistaxis grave; car sur dix-sept cas de ce genre que j'ai rassemblés et qui font mention du sexe, douze appartiennent à des hommes.

On a dit que cette hémorrhagie est assez souvent *héréditaire;* c'est une assertion émise formellement par F. Hoffmann (1), et qui peut être exacte, mais dont l'exactitude n'est nullement prouvée, car à peine trouve-t-on deux ou trois observations où cette hérédité ait été parfaitement constatée.

Une *constitution forte*, le *tempérament sanguin* et tous les signes d'un *état pléthorique habituel*, sont aussi regardés comme des prédispositions à la maladie qui nous occupe. Sur dix-neuf observations, examinées dans le but de résoudre cette question, six viennent à l'appui de l'opinion générale; et comme, dans ces observations, il s'agit de cas graves, dont un bon nombre ont des causes organiques pour les expliquer, il s'ensuit (en admettant que le nombre des faits soit suffisant) que l'épistaxis idiopathique survient fréquemment chez les sujets placés dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

Un *régime excitant*, des *boissons alcooliques* abondantes, doivent-ils être rangés parmi les causes dont il s'agit? On le pense généralement, et on en appelle à l'expérience en faveur de cette opinion. Je suis loin de nier l'influence de cette cause, dont l'existence me paraît au moins très probable; mais des recherches rigoureuses n'ont pas été faites pour nous apprendre quel est son degré de puissance.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur l'influence des *saisons* dans la produc-

(1) *Opera medica*, t. I, *Hæmorrhagia narium*; Genev. 1748.

tion de l'épistaxis ; mais généralement on admet que cette hémorrhagie est plus fréquente au printemps et au commencement de l'été qu'à aucune autre époque de l'année. Parmi ceux qui ne regardent pas ce fait comme démontré, et qui affirment que l'épistaxis a également lieu dans toutes les saisons, il faut citer, en première ligne, le célèbre Sydenham (1). Mais ici encore nous manquons de recherches exactes qui puissent nous fixer sur la valeur exacte de ces deux opinions opposées ; cependant l'expérience paraît contraire à la manière de voir de Sydenham, et le grand nombre d'épistaxis qu'on observe au commencement des chaleurs ne laisse guère de doute sur la réalité de cette cause, quoique son degré précis d'influence nous soit inconnu.

Je ne ferai que mentionner quelques autres causes prédisposantes, telles que la *vie sédentaire*, l'*état de grossesse*, le *peu de longueur du cou*, l'*amputation d'un membre* (2), qui ont été assignées à l'épistaxis, mais sans preuves.

Épistaxis symptomatique. Il est évident que c'est dans les causes prédisposantes des maladies dont l'épitaxis est un symptôme, qu'il faut chercher celles de ce symptôme lui-même. Il serait, par conséquent, superflu d'entrer dans de longs détails à ce sujet. Disons seulement que dans un âge avancé, il se produit une plus grande proportion d'épistaxis de cette espèce. C'est du moins ce qu'un coup d'œil jeté sur un certain nombre de faits, et l'opinion de la plupart des auteurs, nous portent à admettre, en attendant qu'une observation plus attentive ait prononcé.

On a cité des exemples d'épistaxis graves observées chez des sujets tellement prédisposés aux hémorrhagies, qu'il leur survenait de nombreuses pertes de sang par différentes voies, soit en même temps, soit à de courts intervalles. La cause de cette *diathèse* hémorrhagique n'a pas été découverte, et en les nommant *hémorrhagies constitutionnelles*, on a constaté le fait sans jeter la moindre lumière sur la question. Ces épistaxis sont-elles dues à un état particulier du sang ? à une congestion exagérée de la muqueuse ? à sa trop grande perméabilité ? Ce sont autant de problèmes qu'il est impossible de résoudre.

2° Causes occasionnelles.

Si nous avons eu de la peine à découvrir les causes prédisposantes de l'épistaxis, nous en avons bien plus encore à trouver ses causes occasionnelles. Je sais bien que tous les auteurs en ont donné une longue liste, et que si l'on veut se contenter de simples assertions, on peut facilement se satisfaire. Mais si l'on cherche des preuves, on en trouve infiniment peu. C'est au point que sur dix-neuf observations d'épistaxis fort graves, et dont la cause aurait dû fortement fixer l'attention du médecin, six seulement indiquent des causes occasionnelles auxquelles on pouvait attribuer l'hémorrhagie. Rien, dans les autres, ne porte à penser qu'on les ait recherchées ; il n'en est fait aucune mention. Je vais donc me borner à indiquer, sans en garantir la réalité, celles de ces causes sous l'influence desquelles on croit généralement que se produit l'épistaxis.

Épistaxis idiopathique. On a cru trouver la cause occasionnelle de cette hé-

(1) *Op. omn.*, cap. VII, p. 177, *Hæmorrhagia narium*.
(2) F. Hoffmann, *loc. cit.*, § XII.

morrhagie dans l'*insolation ;* dans le *séjour* plus ou moins prolongé dans un lieu dont la *température est élevée;* dans l'*usage immodéré des boissons chaudes, aromatiques*, et surtout *alcooliques ;* dans les *travaux de l'esprit* trop persévérants ; dans un *exercice pénible*, de grands *efforts de voix*, un violent *éternument*, une vive *contrariété*, un *coup*, l'usage du *tabac*, la *titillation des narines*, etc., etc. Il se peut que plusieurs de ces causes aient une grande part dans la production de l'épistaxis légère; mais pour l'épistaxis grave, voici ce qui a eu lieu dans six des dix-neuf cas que j'ai rassemblés. Deux sujets, après avoir pris une énorme quantité de *boissons alcooliques*, ont eu une hémorrhagie qui a fait craindre pour leurs jours. Un autre a été soumis à une *insolation* prolongée et a fait abus des plaisirs vénériens ; le quatrième a eu une vive *affection morale ;* le cinquième s'était, pendant plusieurs jours, livré sans relâche aux *travaux de l'esprit*, et le sixième avait reçu un *coup* sur le nez. Est-il permis de généraliser avec des faits si variés et si peu nombreux?

Quelquefois, et j'en ai sous les yeux un exemple, une suppression brusque des règles est promptement suivie d'une épistaxis ; on peut donc regarder la *suppression du flux menstruel* comme une cause déterminante de l'hémorrhagie nasale ; mais pour tout autre flux, on doit rester dans le doute, car s'il existe en faveur de cette opinion d'autres preuves que les assertions des auteurs, elles sont loin d'être nombreuses. Chez un seul sujet, dont l'observation est citée par Fabrice de Hilden (1) une épistaxis grave survint après la *suppression d'un flux sanguin* qui avait lieu à certaines époques de l'année par la rupture de quelques varices des jambes.

Parmi les causes de l'épistaxis, on a encore rangé les *fièvres intermittentes*, et Morgagni expliquait par l'engorgement des viscères abdominaux la congestion de la pituitaire et l'hémorrhagie qui en est la suite. Dans un seul cas, une épistaxis *abondante* s'est montrée dans le cours d'une fièvre intermittente, et l'état de la rate n'a pas été mentionné.

Enfin, on a cité des *épidémies* d'épistaxis. Morgagni (Epist. XIV) en mentionne une qui fit périr un grand nombre d'habitants de l'Etrurie et de la Romagne, mais il ne donne pas de détails suffisants pour qu'on puisse dire si l'hémorrhagie était idiopathique ou symptomatique d'une affection générale.

Épistaxis symptomatique. Les causes occasionnelles de l'épistaxis symptomatique, lorsqu'on a pu en découvrir (2), n'ont pas été différentes de celles qui produisent l'épistaxis idiopathique ; en général, seulement, elles ont, dans ces cas, beaucoup plus de puissance. C'est tout ce qu'on en peut dire dans l'état actuel de la science.

§ III. — Symptômes.

Est-il nécessaire, pour l'étude des symptômes, de diviser, ainsi que je l'ai fait jusqu'à présent, l'épistaxis en idiopathique et symptomatique? Sans doute si, comme dans les cours de pathologie, je traitais de toutes les espèces d'épistaxis, et même de celles qui ne sont qu'un épiphénomène d'une autre maladie, il faudrait né-

(1) Obs. XIV. Cent. II. *De periculosa hæmorrhagia narium in sene.*

(2) Le lecteur ne doit pas oublier qu'il ne s'agit, à proprement parler, dans cet article, que de l'épistaxis assez grave par elle-même pour réclamer les secours de l'art.

cessairement établir cette division. Mais quand il ne s'agit que d'un écoulement de sang qui, par son abondance et les accidents qui en sont la suite, acquiert pour ainsi dire l'importance d'une maladie particulière, nous pouvons en considérer les symptômes, indépendamment de leur cause spéciale, en ayant soin toutefois d'indiquer cette cause lorsque l'occasion s'en présentera. Quel avantage trouverions-nous à nous étendre longuement sur cette épistaxis qui survient si fréquemment dans l'enfance et dans la jeunesse, et qui n'est considérée par personne comme une véritable maladie? Il suffira d'en dire un mot lorsque nous aurons à parler des effets produits par la suppression de l'hémorrhagie nasale. Quel fruit le praticien retirerait-il de considérations étendues sur l'épistaxis des maladies fébriles, ailleurs que dans l'histoire de ces maladies?

Symptômes précurseurs. Il n'est peut-être pas d'hémorrhagie où l'on ait plus fréquemment trouvé les signes du *molimen hæmorrhagicum* que l'épistaxis. Les anciens ont décrit avec soin ces symptômes précurseurs; mais comme ils n'établissaient aucune distinction entre les diverses espèces d'épistaxis, sans en excepter celles des maladies fébriles (*Epistaxis cum febre*, de Fernel; *Febrilis*, de Sauvages, etc.), il s'ensuit que parmi ces symptômes précurseurs il en est un certain nombre qui appartiennent à la maladie principale dont l'épistaxis n'est qu'un symptôme. Dans une fièvre typhoïde, par exemple, on ne peut pas dire, lorsqu'il survient une épistaxis, que cette hémorrhagie a eu pour symptômes précurseurs la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, la faiblesse générale, etc., car ces symptômes sont ceux du début de la fièvre typhoïde elle-même.

Les symptômes précurseurs admis aujourd'hui sont les suivants : démangeaison de l'intérieur des narines, augmentation de chaleur, sécheresse de la muqueuse, enchifrènement, pesanteur vers la racine du nez, éternuments fréquents, quelquefois sensation d'un corps étranger dans les fosses nasales, battement des artères temporales, congestion de la face, éclat des yeux, ouïe dure, bourdonnements ou sifflements d'oreilles, impossibilité de se livrer au travail, pesanteur de tête, céphalalgie, dureté du pouls, refroidissement des extrémités, etc., etc. On trouve même dans la plupart des auteurs que ces symptômes n'ont quelquefois pour siége qu'un seul côté de la face; mais on chercherait vainement un fait authentique en faveur de cette proposition.

Il est certain que dans plusieurs cas on constate l'existence d'un ou de plusieurs des symptômes qui viennent d'être indiqués; mais quand on examine attentivement les faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a dans ce tableau la plus excessive exagération, et l'on ne peut y voir qu'un reste de cette confusion qui a conduit les anciens à attribuer à une maladie ce qui appartient à une autre. Combien de fois ne voit-on pas l'épistaxis survenir sans aucun de ces signes, et pour ainsi dire à l'insu du sujet qui en est affecté! C'est ce qui a été reconnu par le docteur Kerr (1), et par M. Rochoux, qui s'exprime ainsi à ce sujet (2) : « Quand vraiment on observe des accidents graves et nombreux, c'est surtout dans les affections aiguës, susceptibles de présenter l'épistaxis comme crise ou complication : alors les symptômes qui l'annoncent, l'espèce d'orage qui la précède, et durant

(1) *The Cyclopædia of pract. med.*, art. Epistaxis.
(2) *Dictionn. de médecine*, t. XII, p. 203, art. Épistaxis.

lequel elle s'effectue, tiennent évidemment beaucoup plus à la maladie principale qu'au prétendu effort hémorrhagique. »

Ce qui est vrai de l'épistaxis légère ne l'est pas moins de l'épistaxis assez grave pour compromettre les jours des malades. Si, en effet, je parcours dix-neuf cas d'hémorrhagie nasale de cette espèce, je ne trouve de symptômes précurseurs que dans cinq, et encore quels sont-ils? Chez l'un, le pouls est devenu un peu plus fort; un autre a eu quelques étourdissements; un troisième a les yeux brillants et le pouls dur est accéléré; le quatrième et le cinquième seuls ont, avec ces symptômes, de la pesanteur de tête et un peu de céphalalgie. Et qu'on ne croie pas que les cas où ce petit nombre de phénomènes n'eurent pas lieu étaient des exemples de cette épistaxis qu'on a appelée passive, car, dans presque tous, les auteurs ont soin de dire que l'hémorrhagie était active, ce qu'ils reconnaissaient à des phénomènes d'excitation survenant pendant son cours, et à l'état des forces qui ne se déprimaient qu'après une abondante perte de sang. Tout porte donc à croire qu'on a eu tort de généraliser ce qui n'appartient qu'à des cas particuliers. C'est cependant d'après ces symptômes précurseurs que fut porté le fameux diagnostic de Galien, si souvent cité. Mais tous les médecins prudents se sont abstenus de suivre cet exemple. Quant à moi, je ne saurais trop conseiller au praticien de se tenir dans une grande réserve, lorsqu'il n'a, pour asseoir son jugement, que des symptômes aussi peu caractéristiques, et qui, suivant la remarque de M. Rochoux, appartiennent bien plutôt au début d'un coryza qu'à une épistaxis imminente.

L'*épistaxis active* ayant le plus fréquemment présenté un ou plusieurs des symptômes indiqués dans le tableau précédent, on les lui a assignés comme caractères. Mais il n'est nullement prouvé par l'observation qu'on puisse établir une distinction réelle entre les diverses hémorrhagies nasales, d'après cette seule considération. Toutefois, on doit avoir égard à ces prodromes quand il s'agit du traitement, et c'est ce que je rappellerai plus loin.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. Le principal et presque l'unique symptôme de l'épistaxis est l'écoulement du sang par une des ouvertures des fosses nasales; il faut donc étudier avec soin son abondance, les propriétés physiques du liquide qui s'écoule, la manière dont il s'échappe, etc.

La distinction de l'épistaxis en active et en passive, ou bien en artérielle et en veineuse (Rivière), a été établie en grande partie d'après les différences que présentait l'écoulement du sang chez les divers sujets (1). Je vais présenter la description de l'épistaxis d'après les auteurs, tout en cherchant dans les observations, suivant la méthode que j'ai adoptée, quelle confiance on peut avoir dans leurs assertions.

Un ou plusieurs des symptômes précurseurs précédemment décrits, ayant duré pendant un temps très variable (quelques heures ou plusieurs jours), ou bien ayant entièrement manqué, le sang commence à s'écouler goutte à goutte; il s'échappe par l'ouverture antérieure des fosses nasales, ou, ce qui est plus rare, par les ou-

(1) Il est bon toutefois de savoir que Sauvages (*Nosol. méth.*, t. II, p. 284; Amst. 1768), établissait son espèce de l'hémorrhagie passive sur de tout autres bases. Suivant lui, *l'hémorrhagie passive* (épistaxis), serait uniquement produite par des agents extérieurs : des coups sur le nez et sur le front, l'introduction de corps aigus dans les narines, etc. Quant aux autres hémorrhagies dites passives, il leur donne le nom d'hémorrhagies des maladies chroniques; cette division n'a pas été admise.

vertures antérieures et postérieures à la fois, ou enfin, ce qui est beaucoup plus rare encore et doit être regardé comme exceptionnel, par les ouvertures postérieures seulement.

Dans vingt et une observations d'épistaxis grave que j'ai sous les yeux, il n'est pas fait une seule fois mention de la voie que prenait le sang pour se répandre au dehors.

L'*impétuosité* avec laquelle se produit l'hémorrhagie a été aussi remarquée. Suivant les auteurs, elle est grande dans l'hémorrhagie active, et faible au contraire dans l'hémorrhagie passive. Les observations que je leur emprunte ne nous apprennent encore rien au sujet de cette circonstance. Il est permis de croire que l'impétuosité de l'écoulement n'était pas moindre dans les hémorrhagies dites passives que dans les autres, car la perte de sang y a été tout aussi considérable, dans un temps donné.

La *couleur*, le *degré de température*, et la *coagulabilité* plus ou moins grande du sang ont été décrits avec soin, toujours dans le but de distinguer l'hémorrhagie active ou artérielle de l'hémorrhagie passive ou veineuse. Dans certains cas, on a vu le sang sortir rouge, chaud et très coagulable, et on en a conclu qu'il y avait une hémorrhagie active ou artérielle; dans d'autres, au contraire, ce liquide était brunâtre et ne se coagulait pas, ce qui constitue l'hémorrhagie passive ou veineuse. On a même dit que dans la première de ces deux formes il se produisait facilement une couenne plus ou moins épaisse sur le sang. Les faits sont insuffisants sur ce point, car dans deux cas seulement, il est dit que le sang était clair ou ressemblait à une sérosité rougeâtre, mais après une certaine durée de l'hémorrhagie. On voit donc que jusqu'à présent les observations nous laissent sans renseignements précis sur des points très importants, et que si nous admettons cette division de l'épistaxis en hémorrhagie active et passive, c'est plutôt d'après des idées théoriques que d'après une démonstration directe. Mais, heureusement, le médecin a, pour se guider dans sa pratique, des signes positifs qui sont indépendants de toute théorie, ainsi qu'on va le voir.

L'*abondance* de l'écoulement de sang est très variable. Dans les épistaxis ordinaires, qui ne méritent pas en elles-mêmes de fixer l'attention du médecin, et qui n'ont d'importance que par leur fréquence, leur marche, ou leur suppression, l'hémorrhagie est peu abondante; mais dans l'hémorrhagie nasale grave dont il s'agit principalement ici, la perte de sang peut être énorme. Suivant quelques auteurs, la *quantité* du sang perdu a été de dix-huit, quarante-huit et même soixante-quinze livres. Dans les observations que j'ai sous les yeux et qui appartiennent à Forestus, Fabrice de Hilden, Fr. Hoffmann, Latour, etc., on ne trouve pas, à beaucoup près, des chiffres aussi élevés, car lorsque la perte de sang est évaluée, elle ne s'élève pas à plus de six à douze livres; mais dans plusieurs cas il est dit que le sang coulait comme un ruisseau, ou bien que l'écoulement avait lieu abondamment depuis plusieurs jours.

Suivant les auteurs, cette abondance excessive de l'écoulement sanguin appartient exclusivement à l'hémorrhagie dite passive ou à l'hémorrhagie symptomatique. Cette proposition, généralement vraie, est néanmoins trop absolue, car sur dix-neuf cas d'épistaxis assez abondante pour compromettre l'existence et pour exiger de prompts secours, il en est six qui présentaient des signes de l'hémorrhagie

dite active, tels que rougeur de la face, éblouissements, plénitude, dureté du pouls, etc.

Le *siége* précis de la filtration du sang à travers la membrane pituitaire n'est pas toujours facile à déterminer. Le plus souvent on le trouve dans la moitié antérieure d'une des deux fosses nasales; quelquefois c'est la partie postérieure qu'il occupe exclusivement, et quelquefois aussi toute l'étendue de ces cavités. M. Gendrin (1) prétend que « le sang qui s'extravase à la surface de la pituitaire vient très rarement d'une partie de cette membrane, plus élevée que celle qui revêt les ailes du nez et la convexité des cornets inférieurs »; et il ajoute que « l'on peut très souvent, par un examen attentif, reconnaître à la vue le point d'où provient le sang. » C'est un fait à vérifier, car cet auteur est le seul qui ait avancé une pareille proposition. Il resterait toujours à savoir si, dans les cas sérieux, le siége de l'hémorrhagie est aussi borné et aussi accessible à la vue.

C'est par l'ouverture la plus voisine du siége de l'hémorrhagie que se fait l'écoulement. Toutefois, si le sujet est debout ou assis, et si sa tête est inclinée en avant, le sang s'échappe par l'ouverture antérieure, même lorsqu'il a sa source dans la partie postérieure des fosses nasales; et s'il est couché en supination, le contraire a lieu. Dans ce dernier cas, le liquide tombe dans le pharynx, et est ensuite expulsé par la bouche. Chez les enfants, ou bien lorsque l'épistaxis a lieu la nuit, le sang peut arriver jusque dans l'estomac et faire croire ensuite à l'existence d'une hématémèse. J'y reviendrai à l'article du diagnostic.

On voit quelquefois une épistaxis très abondante se suspendre presque tout à coup par suite de la formation de caillots à l'ouverture antérieure des fosses nasales. On peut croire alors que l'hémorrhagie est terminée; mais bientôt, soit que l'on enlève les caillots, soit que l'effort du sang accumulé les chasse violemment, soit enfin que le liquide s'écoule par l'ouverture postérieure et tombe dans le pharynx, tous les symptômes de l'hémorrhagie se reproduisent. Un simple éternuinent ou l'action de se moucher suffisent pour rappeler le flux sanguin.

Lorsque l'hémorrhagie survient chez un sujet bien constitué, fort, pléthorique, et présentant quelques signes de congestion vers la tête, le premier résultat de l'écoulement du sang est de procurer un soulagement notable; et si cet écoulement est médiocrement abondant, il ne produit que d'heureux effets. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, il survient des symptômes qui annoncent un grand danger et qui se manifestent principalement dans les cas d'épistaxis symptomatique, chez les sujets faibles, mal constitués, chlorotiques, scorbutiques, etc. Ces symptômes, bien qu'appartenant à toutes les hémorrhagies abondantes, doivent être indiqués dans cet article.

La face pâlit, et, peu de temps après, les téguments des autres parties du corps se décolorent. Les extrémités se refroidissent, des horripilations ont lieu, et, si le corps se couvre de sueur, c'est une sueur froide. La faiblesse est extrême; les sujets, couchés sur le dos, ont à peine la force de faire un mouvement. Dans un cas, on trouva le malade étendu par terre au milieu du sang qu'il avait perdu, et quoiqu'il ne fût pas encore privé de connaissance, il lui était impossible de se relever. Enfin des lypothymies plus ou moins nombreuses viennent rendre ces symptômes plus effrayants encore.

(1) *Traité phil. de méd. prat.*, Paris, 1838, t. I, p. 116.

Dans quelques cas, la perte de sang, quoique trop peu abondante pour produire d'aussi graves accidents, a néanmoins été assez considérable pour laisser après elle de la langueur, de la faiblesse, des palpitations de cœur déterminées par la moindre cause, de l'inappétence ou un appétit capricieux, des digestions difficiles, en un mot tous les signes d'une grande susceptibilité nerveuse. La multiplicité des épistaxis dans un temps donné a les mêmes effets, quoique chaque hémorrhagie en particulier ne soit pas assez considérable pour les produire.

En même temps que l'hémorrhagie nasale a lieu avec violence, on voit dans quelques cas des pétéchies, des ecchymoses se montrer sur différentes parties du corps; ces cas sont très graves. Latour et M. Pascal en ont cité des exemples.

Quelquefois, loin d'être trop abondante, l'épistaxis paraît s'arrêter trop tôt, ce que l'on reconnaît à la persistance des symptômes qui ont précédé l'écoulement sanguin. Le médecin doit avoir son attention toujours fixée sur ce point; car, en pareil cas, les secours de la médecine sont presque toujours nécessaires.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

On sait que l'épistaxis légère est une hémorrhagie qui pendant longues années se reproduit à des intervalles plus ou moins variables, et avec une fréquence plus ou moins grande, suivant les saisons. Quelques sujets présentent cette hémorrhagie toute leur vie, mais le plus souvent elle cesse après l'enfance ou la jeunesse. Dans quelques cas peu fréquents, l'épistaxis revient à des intervalles très réguliers, mais assez éloignés. On en voit un exemple dans une observation publiée par M. Taunton (1), qui en est lui-même le sujet. L'hémorrhagie, qui eut lieu pour la première fois à neuf ans, commença à prendre le caractère périodique à l'âge de quatorze ans. Elle revenait régulièrement tous les mois, et à l'âge de trente-six ans, époque à laquelle l'auteur écrivait, la régularité se soutenait encore. Il n'y eut qu'un petit nombre d'époques où l'écoulement du sang fut supprimé, et alors il survint divers accidents dont le siége était principalement dans la tête. Ne peut-on pas comparer cette évacuation à l'hémorrhagie menstruelle?

Il est quelques cas rares où la périodicité de l'épistaxis est plus remarquable encore. L'intervalle qui sépare, en pareil cas, les espèces d'accès hémorrhagiques n'est pas, en effet, plus considérable que celui qui sépare les accès de fièvre intermittente. On en trouve un exemple remarquable dans une observation recueillie et publiée par M. Bottex (2). Dans ce cas, il y eut une épistaxis *quotidienne* très abondante, revenant pendant quatre jours à heure fixe, et durant trois heures chaque fois. Dans le second accès, la face était vultueuse, les yeux brillants, le pouls dur et accéléré. Le sulfate de quinine fut administré et eut un plein succès. Un cas semblable a été observé par un des auteurs du *Compendium* (3). J'en parlerai un peu plus loin. Enfin le docteur Millet a rapporté une observation de la même nature, dans laquelle l'épistaxis était également quotidienne, et céda immédiatement au sulfate de quinine (4).

(1) *Lond., Med. and surg. Journ.*, vol. IV, p. 489, 1830.

(2) *Compt. rend. des trav. de la Soc. méd. de Lyon*, 1831, p. 36.

(3) *Compendium de Médecine pratique*, par MM. Monneret et Fleury, t. III, p. 438.

(4) *Épistaxis survenant tous les matins à la même heure*; (Journ. *des Conn. méd.-chir.*, Août 1844.)

Lorsque l'hémorrhagie est assez abondante pour compromettre les jours des malades, il est rare que le sang s'échappe continuellement avec la même force pendant toute la durée de l'épistaxis. Par moments l'écoulement se suspend, ou diminue notablement, pour recommencer bientôt avec une nouvelle activité; c'est en général dans les hémorrhagies nasales dites passives, que cet écoulement a le plus d'uniformité.

Dans trois cas d'épistaxis mortelle que j'ai eus sous les yeux, la perte de sang, qui avait été très intermittente, se reproduisit peu d'instants avant la mort, et emporta les malades.

La *durée* de l'épistaxis légère est, comme chacun sait, peu considérable; un quart d'heure ou vingt minutes sont regardés dans ces cas comme une assez longue durée. Quant à l'épistaxis grave, elle se prolonge plus longtemps; mais il faut établir à ce sujet une distinction. Si l'on considère la durée totale de l'épistaxis, sans avoir égard aux intermittences irrégulières qu'elle présente le plus souvent, on trouve que cette hémorrhagie peut durer depuis quelques heures jusqu'à quinze et vingt jours, se reproduisant un certain nombre de fois dans les vingt-quatre heures. Mais si l'on constate la durée de chacun de ces retours plus ou moins fréquents de la perte sanguine, on voit qu'une persistance de trois ou quatre heures peut être considérée comme excessive. Il est rare qu'en pareil cas les symptômes généraux ne soient pas alarmants au plus haut point.

Lorsque l'épistaxis se termine heureusement, sans application de médicaments topiques, on voit l'hémorrhagie diminuer peu à peu; et s'il existe des symptômes généraux, ils se dissipent en partie. Ainsi la chaleur reparaît aux extrémités, le pouls se relève, et l'affaissement est moins considérable. Lorsque les moyens employés réussissent à supprimer plus ou moins brusquement l'hémorrhagie, on remarque les mêmes signes favorables; mais, dans l'un et l'autre cas, si la perte de sang a été abondante, la faiblesse persiste pendant un temps assez long.

§ V. — Lésions anatomiques.

La tuméfaction et l'injection de la muqueuse ont été données par M. Gendrin comme les seules lésions organiques appartenant aux épistaxis de courte durée. Dans les épistaxis chroniques, il dit avoir vu une injection telle des capillaires, que ces vaisseaux étaient comme variqueux.

Dans les trois cas d'épistaxis mortelles que j'ai actuellement sous les yeux, on n'a trouvé de ces altérations que l'épaississement de la muqueuse, et cela une seule fois (1). Chez un second sujet, les fosses nasales et les sinus maxillaires étaient remplis par un caillot sanguin, en partie blanc et demi-transparent; mais la pituitaire était intacte. Chez le troisième, observé par M. Félix Pascal (2), les fosses nasales ne présentaient aucune espèce d'altération.

On peut donc dire qu'il n'y a pas de lésion organique qui appartienne en propre à l'épistaxis. Mais si l'on ne trouve rien dans les fosses nasales, il est dans d'autres parties du corps quelques lésions qui ne sont pas sans importance. On voit quelquefois, dans divers points des téguments, des ecchymoses plus ou moins profondes,

(1) *Case of death by inanition from spontaneous hemorrhagy*, *by James Bonnar*; (*Edin. Med. and surg. Journ.* 1822, t. XVIII.)

(2) *Épist. pass. suivie de mort*; (*Nouv. Journ. de méd.*, t. VIII, p. 18, mai 1820.)

dues à une infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané ; d'autres fois, ce sont de simples pétéchies. Dans un cas qui a été présenté à la Société anatomique, j'ai vu des extravasations sanguines formant des taches de grandeur variable dans tous les organes et même dans les parois du cœur. Il est plus que probable que dans ces cas, qui font partie de ces épistaxis si graves dont il a été parlé plus haut, il y a une altération du sang ; mais on n'a pas encore rigoureusement constaté quelle est cette altération.

La décoloration observée pendant la vie dans les téguments existe après la mort dans tous les tissus ; les vaisseaux sont vides ; on trouve, en un mot, cet état exsangue de tous le corps qui est le résultat des grandes hémorrhagies.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Le diagnostic de l'épistaxis, considéré d'une manière absolue, ne présente aucune difficulté ; l'écoulement du sang au dehors suffit pour lever tous les doutes ; mais on peut être appelé à résoudre quelques questions délicates que je vais passer en revue.

1° *Peut-on diagnostiquer une épistaxis d'après les symptômes précurseurs?* Si les symptômes de congestion, le trouble de la vision, les étourdissements, la pesanteur de tête, la démangeaison, les picotements siégeant dans les narines, surviennent, chez un individu sujet aux épistaxis, à une époque assez éloignée d'une hémorrhagie antérieure, et dans une saison où cette affection est fréquente, on peut prévoir l'apparition de l'écoulement sanguin ; mais, même dans ce cas, il faut être très réservé. Dans toute autre circonstance on doit s'abstenir de tout jugement.

2° *Lorsque le sang cesse de couler par l'ouverture antérieure des narines, peut-on savoir s'il est complétement arrêté, ou s'il s'écoule encore dans l'arrière-bouche ?* Ordinairement, les malades rejettent le sang par expuition, et il n'y a alors aucune difficulté. Mais si l'épistaxis a lieu chez un enfant, ou chez une personne privée de connaissance, il faut observer les mouvements de déglutition et ouvrir largement la bouche du malade. Si l'écoulement du sang continue, on voit ce liquide descendre en nappe sur la paroi postérieure du pharynx.

3° *Lorsque le sang a été avalé, ce qui peut avoir lieu pendant le sommeil, il est quelquefois rejeté par le vomissement ; comment distinguer alors l'épistaxis de l'hématémèse?* On inspecte avec soin l'ouverture antérieure des fosses nasales et le pharynx. Par ce moyen, on découvre la source de l'hémorrhagie, si elle persiste encore, même à un faible degré. Si elle a cessé, on trouve encore des caillots plus ou moins consistants dans ces parties ; il est d'ailleurs bien difficile qu'on n'ait pas des renseignements suffisants pour lever tous les doutes. D'autre part, l'absence de tout symptôme antérieur du côté des vois digestives viendra en aide au diagnostic.

Les mêmes signes feront distinguer l'expuition du sang provenant d'une épistaxis, de cette hémoptysie qui a lieu sans grands efforts de toux, et par un simple mouvement d'expiration. De plus, l'état du sang pris en caillots noirs et non mêlé aux crachats, servira à éloigner l'idée d'une hémoptysie ; et enfin, les signes fournis par la percussion et l'auscultation compléteront le diagnostic qui peut être résumé de la manière suivante :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs des symptômes précurseurs de l'épistaxis et du coryza intense, à son début.*

SYMPTÔMES PRÉCURSEURS DE L'ÉPISTAXIS.	CORYZA AIGU INTENSE, AU DÉBUT.
Pesanteur de tête plus notable que la douleur.	*Céphalalgie* plutôt que simple pesanteur de tête.
Troubles de la vision consistant en bluettes; coloration rouge des corps, etc.	*Impression désagréable* produite par la lumière; larmoiement.
Quelquefois *bourdonnements* d'oreilles.	Pas de *bourdonnements* d'oreilles.
Pituitaire plutôt *humide* que sèche.	*Sécheresse* notable de la pituitaire.

Je ne saurais trop répéter que ce diagnostic est douteux; qu'il n'est fondé que sur des nuances souvent trompeuses, et qu'il n'a une véritable valeur que lorsque les signes regardés comme précurseurs d'une épistaxis surviennent chez un individu sujet à cette hémorrhagie, et à une époque où l'on doit en attendre le retour.

2° *Signes annonçant que l'écoulement du sang, bien que ne se produisant plus par l'ouverture antérieure des fosses nasales, n'est pas encore terminé.*

Le *pouls* ne se relève pas, il devient au contraire plus petit et plus concentré.

Le *refroidissement* des extrémités persiste et même augmente.

Sueur froide sur tout le corps.

Mouvements de déglutition plus ou moins marqués.

Lorsqu'on observe ces signes, il faut examiner le pharynx, et l'on voit le sang s'écouler en nappe. Lorsque le sujet a encore assez de force pour rejeter le sang par la bouche, le diagnostic n'offre évidemment aucune difficulté, et les signes précédents sont inutiles.

3° *Signes distinctifs de l'épistaxis et de l'hématémèse, lorsque le sang, après avoir été avalé, est rendu par la bouche.*

ÉPISTAXIS.	HÉMATÉMÈSE.
Commémoratifs : Aucun symptôme *du côté des voies digestives.*	*Commémoratifs :* Souvent symptômes antérieurs *du côté de l'estomac ;* douleurs ; trouble des digestions, etc.
Hémorrhagie nasale avant le vomissement de sang.	Vomissement de sang non précédé d'*hémorrhagie nasale.*
Traces de sang : caillots mous ou desséchés dans les fosses nasales.	Pas de *traces de sang* dans les fosses nasales.

Quelquefois néanmoins l'hématémèse est tellement abondante, qu'une partie du sang s'échappe par le nez, et dans ce cas, le médecin arrivant dans un moment où l'hémorrhagie serait moins forte, pourrait trouver dans les fosses nasales des traces de sang propres à l'induire en erreur. La simultanéité de l'écoulement par la bouche et par le nez, et les autres commémoratifs, faciliteront ce diagnostic, qui est important, car l'hématémèse est une maladie bien autrement à craindre que l'épistaxis.

4° *Signes distinctifs de l'épistaxis et de l'hémoptysie dans des circonstances semblables aux précédentes.*

ÉPISTAXIS.	HÉMOPTYSIE.
Sang rejeté par de *simples efforts d'expuition* ou à la suite d'une *toux légère*.	Sang rendu *à flots* ou à la suite *d'efforts de toux*.
Sang *noir*, souvent en caillots.	Sang *rutilant*, *spumeux*.
Traces de sang dans les fosses nasales.	*Pas de traces* de sang dans les fosses nasales. (Les réflexions précédentes pourraient être reproduites ici.
Commémoratifs, *ut suprà*.	Commémoratifs, *ut suprà*.
Point de *signes de tubercules*, à moins d'une coïncidence.	*Signes de tubercules* obtenus par *la percussion et l'auscultation*.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que pour les élever à un degré de certitude qu'ils sont loin d'avoir encore atteint, ces diagnostics différentiels doivent être étudiés avec plus de soin et de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Pronostic. Le pronostic de l'épistaxis est plus important que celui de beaucoup d'autres maladies, parce que le praticien peut avoir deux indications opposées à remplir. Tantôt, en effet, il faut se hâter d'arrêter l'écoulement du sang, et tantôt, au contraire, on doit le respecter, si même on ne doit pas le favoriser. On sent donc combien il importe de connaître la gravité que présentent les divers cas d'épistaxis, avant qu'il soit trop tard pour mettre en usage les moyens appropriés aux différentes indications.

Je m'occuperai peu de l'épistaxis légère, qui se reproduit à des intervalles variables. Lorsque ces intervalles ne sont pas trop rapprochés, l'épistaxis, loin de présenter aucun inconvénient, a des avantages marqués, car elle dissipe ou prévient l'état de congestion qui constitue ce que l'on a appelé le *molimen hæmorrhagicum.* Lorsque les intervalles se raccourcissent notablement, on peut craindre de voir survenir, au bout d'un certain temps, un état d'anémie fâcheux, ou, ce qui est plus grave encore, une épistaxis très abondante, car dans plusieurs des observations que j'ai sous les yeux, je vois que le nombre des épistaxis qui ont précédé celle qui a mis les jours des malades en danger, était devenu plus considérable dans un temps donné. D'un autre côté, dans trois cas sur dix-neuf, le contraire a eu lieu; c'est-à-dire qu'une épistaxis très abondante et très grave a succédé à une suppression prolongée de l'hémorrhagie nasale habituelle. Ainsi deux états tout à fait différents peuvent avoir pour résultat le même accident.

L'épistaxis abondante et grave s'étant déclarée, est-il possible d'en déterminer la gravité? Peut-on, à une époque rapprochée de son début, prévoir le degré de difficulté qu'on aura à l'arrêter, et juger s'il y a ou non utilité à mettre au plus tôt un terme à l'écoulement du sang? Telles sont les questions qu'il s'agit d'examiner.

1° Suivant les auteurs, l'épistaxis active est plus facilement arrêtée que l'épistaxis passive. Cette proposition me paraît un peu trop absolue. Il est possible qu'au début de l'hémorrhagie, lorsque le sang a encore une grande tendance à se coaguler, les efforts du médecin soient favorisés par cette circonstance. Mais lorsque le sang a coulé abondamment, il devient séreux, il coule comme de l'eau, pour me servir de l'expression des auteurs, et dès lors, il n'y a plus de différence entre l'hémorrhagie active et l'hémorrhagie passive. Or c'est malheureusement

alors que le médecin est presque toujours appelé, et qu'il doit porter son pronostic. Dans les observations que j'ai sous les yeux, les hémorrhagies ont été tout aussi rebelles aux moyens hémostatiques, lorsqu'elles avaient été précédées de quelques signes de congestion chez des sujets pléthoriques, que lorsqu'elles n'avaient rien offert de semblable. Il ne faudrait même pas rester dans la sécurité, parce que l'épistaxis serait supplémentaire d'un écoulement habituel comme dans les menstrues, car des faits, et notamment celui qu'a rapporté M. le docteur Fricker de Horb (1), prouvent que même en pareil cas l'hémorrhagie, par son abondance et sa durée, peut devenir mortelle.

2° Toutefois on peut dire que l'épistaxis qui s'accompagne, à une époque rapprochée du début, d'une production de pétéchies à la surface du corps, est la plus redoutable de toutes. On en jugera par les observations rapportées dans l'ouvrage de Latour (2). Toutes celles qui ont présenté le symptôme dont il s'agit sont remarquables par la gravité de l'hémorrhagie. Parmi les cas que j'ai rassemblés, le seul qui présentât des ecchymoses sous-cutanées s'est terminé par la mort. Cette espèce d'épistaxis est donc la plus grave, et doit inspirer les plus vives inquiétudes.

3° Certaines circonstances dans lesquelles se trouvent les malades rendent l'épistaxis plus grave. Ainsi M. Richelot (3) a rapporté un cas dans lequel l'état de grossesse de la malade a rendu l'hémorrhagie mortelle. Il en est de même de toute maladie grave concomitante.

4° Enfin l'épistaxis de longue durée entraîne l'anémie et parfois l'anasarque, comme dans un cas cité par M. de Castelnau (4). La durée considérable de cette hémorrhagie, surtout quand elle résulte d'une disposition héréditaire, ainsi que l'a fait remarquer M. Richelot (*loc. cit.*), rend donc le pronostic relativement plus fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Dès la plus haute antiquité, les dangers de l'épistaxis ont été constatés. Hippocrate (5) parle d'une hémorrhagie nasale excessive qui produit quelquefois des convulsions, et regarde la saignée comme très efficace en pareil cas. Dans la suite, un grand nombre d'auteurs ont mentionné des cas très graves et même mortels, et de nombreux moyens ont été imaginés pour faire cesser une perte de sang aussi alarmante. Je vais les passer en revue.

1° *Évacuations sanguines.* La *saignée* a été de tous temps employée. Rhazès, Avicenne, Fernel, Forestus, etc., etc., la recommandent particulièrement. Quelques uns de ces auteurs ont avancé que la saignée pratiquée au bras du côté malade était la plus avantageuse ; mais aujourd'hui cette opinion est regardée comme une hypothèse sans valeur. La *saignée du pied* est fortement conseillée par Forestus (6), et quelques praticiens la considèrent comme plus utile que celle du bras. Enfin on a proposé la saignée locale à l'aide de *ventouses scarifiées ;* mais le lieu de

(1) *Medicinisches corresp. Blatt. des wurt. arzt. Ver.*, octobre 1844.
(2) *Hist. philos. et méd. des causes, etc., des hémorrhagies ;* Orléans, 1815, 2 vol. in-8.
(3) *Union médicale*, t. I, avril 1847.
(4) *Arch. gén. de méd.*, IVe série, Paris, 1844, t. V, pag. 141.
(5) *Prædict.*, lib. I, sect. II.
(6) Lib. XIII, *De nasi affectibus.*

l'application de ces ventouses n'est pas le même suivant les divers auteurs. Ainsi, Fernel (1) veut qu'on les applique à la région du foie; Laz. Rivière sur les deux hypochondres, d'autres entre les deux épaules.

Quelle est la valeur de ces moyens? Les auteurs qui les ont préconisés n'ont point cité de faits, et dans les observations d'épistaxis graves que j'ai sous les yeux, l'hémorrhagie n'a nullement été arrêtée par les émissions sanguines qui ont été pratiquées dans presque tous les cas. S'ensuit-il que ces émissions sanguines n'ont aucune utilité? C'est ce que je suis loin de prétendre; mais, malgré l'autorité d'Hippocrate, on peut douter que ce moyen réussisse, employé seul. Il peut être un adjuvant utile dans quelques cas, lorsque le pouls, malgré la perte de sang, reste plein et dur, lorsque la face est rouge et vultueuse, en un mot lorsque les signes attribués à l'hémorrhagie active persistent. En pareille circonstance, il faut ouvrir la veine et l'ouvrir largement, de manière à déterminer la syncope, s'il est possible. L'arrêt de la circulation qui a lieu alors peut suffire, d'après quelques auteurs, pour tarir l'écoulement sanguin; et, dans tous les cas, il est favorable à l'action des autres moyens employés concurremment. M. Labat (2) a cité deux observations dans lesquelles ce traitement a été mis en usage avec beaucoup de hardiesse et de succès. Mais n'y a-t-il pas aussi à craindre une syncope mortelle? C'est là un moyen auquel il ne faut recourir, ce me semble, que lorsque bon nombre de ceux qui vont être indiqués ont été employés infructueusement.

Le lieu dans lequel la saignée est pratiquée a-t-il quelque influence sur son efficacité? Les faits sont muets à cet égard; les auteurs n'ont répondu que par de simples affirmations; c'est donc un problème dont la solution doit être soumise à une nouvelle observation.

2° *Ventouses non scarifiées, ligature des membres.* Un moyen qui vient naturellement après la saignée consiste dans l'emploi des *ventouses non scarifiées* et de *la ligature des membres*. Un grand nombre d'anciens auteurs ont préconisé les premières; je citerai entre autres Galien, Rhazès (3), Avicenne (4), Fernel, Rivière, etc., etc. Comme les ventouses scarifiées, on les appliquait le plus souvent entre les épaules ou aux hypochondres, et surtout à l'hypochondre droit. Une observation de M. le docteur Robbe, de Nogent-le-Rotrou (5), dépose en faveur de l'efficacité des ventouses sèches. Il s'agissait d'une épistaxis survenue chez une jeune fille de dix-huit ans, à menstruation irrégulière. L'hémorrhagie durait depuis douze heures; les accidents étaient graves; le visage et les lèvres étaient décolorés. Vingt-six ventouses furent appliquées à la fois, tant sur les seins (six) que sur les cuisses et les mollets. L'hémorrhagie fut arrêtée sur-le-champ.

La ligature des membres se fait au-dessus des genoux et des coudes, de manière à soustraire une assez grande partie du corps à la circulation. Fernel (*loc. cit.*) nous dit qu'il n'use pas volontiers de la ligature; mais pourquoi? c'est ce qu'il ne nous apprend pas. Quant à Avicenne, il poussait plus loin que les autres l'application de ce moyen, car il voulait qu'on l'employât sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme, et il ajoute que la *constriction* des

(1) *Path.*, lib. V, ch. VII, *Hæm. narium.*
(2) *Ann. de la méd. physiologique.*
(3) *Tract. III*, lib. IV, *De fluxu sanguinis narium*, 1509.
(4) Can. med. lib. III fen 5, tract 1. *Epistaxis*, Venetiis, 1595.
(5) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1839, t. X. pag. 323.

deux oreilles est le moyen extrême. Je doute fort qu'aucun médecin de nos jours soit tenté d'avoir recours à cette pratique d'Avicenne.

A propos des ventouses et de la ligature des membres, je dois répéter ce que j'ai déjà dit de la saignée. Il n'y a point de faits qui démontrent qu'employées seules contre l'épistaxis, elles aient suffi pour arrêter l'hémorrhagie ; mais il est permis de penser qu'elles ont un certain degré d'utilité. Il est inutile de dire que les *grandes ventouses* du docteur Junod, appliquées sur des membres entiers, auraient une action bien plus prononcée ; mais malheureusement ces appareils ne peuvent pas être entre les mains de la plupart des praticiens, et l'observation exacte n'a pas encore prononcé sur leur efficacité réelle.

3° *Froid.* Concurremment avec les moyens précédents, ou, pour mieux dire, avant tout autre moyen, on a de tout temps eu recours aux applications froides sur la surface du corps. Je pourrais, à ce sujet, citer tous les auteurs qui ont écrit sur l'épistaxis. Un seul, parmi ceux qui ont une grande autorité dans la science, fait exception à cette règle : c'est Fréd. Hoffmann ; j'exposerai plus loin son traitement. Disons maintenant comment on fait agir le froid pour arrêter l'hémorrhagie nasale.

Le premier soin, c'est de dépouiller le malade de ses vêtements et de l'exposer presque nu dans un lieu frais et aéré. Ensuite on fait des applications d'un liquide froid, soit sur le point même d'où s'échappe le sang, soit dans d'autres points du corps. Fabrice de Hilden (*loc. cit.*) conseille de placer le corps tout entier dans un bain froid. Cette pratique n'est pas généralement suivie ; cependant cet auteur cite un cas (*obs.* XVII) où le sang ne commença à s'arrêter qu'au moment même où l'on introduisit le malade dans le bain. Fernel (*loc. cit.*) se contentait d'envelopper le cou, la face et les tempes de linges imbibés d'oxycrat, qu'il avait soin de renouveler dès qu'ils s'étaient échauffés. La plupart des auteurs qui l'ont suivi ont agi de la même manière. Forestus et Sydenham (1) font de pareilles applications sur la nuque.

Fernel a encore signalé le *scrotum* comme un lieu où les applications froides ont une grande efficacité. M. Robert Kinglake (2) a, dans un cas très grave, appliqué le froid sur ce point avec un tel succès, que l'hémorrhagie, qui avait résisté à un grand nombre de moyens, fut arrêtée sur-le-champ et ne reparut plus. Cet auteur cite un cas semblable rapporté par Diemerbroeck, et on en trouve un troisième dans l'ouvrage de Latour, qui l'a emprunté à Daniel Winclerus. Au rapport de M. Kinglake, il se fit, au moment de l'application, un ébranlement de toute l'économie, qui fit cesser aussitôt l'écoulement du sang. Quoique les faits en faveur de ce moyen ne soient pas nombreux, ils sont assez remarquables pour engager les praticiens à y recourir avec empressement.

Les auteurs n'ont pas cherché quel serait, chez la femme, le lieu d'élection analogue à celui qu'ils ont choisi chez l'homme pour les applications froides. Si l'on considère qu'il s'agit de déterminer une sensation vive et subite, un ébranlement de l'économie, suivant les expressions de M. Kinglake, on sera porté à faire ces applications sur les mamelles, plus impressionnables que les autres parties du

(1) *Op. omn.*, *Hæmorrhagia narium*, cap. VII, p. 177.
(2) *The Med. and phys. Journ. London*, 1809, t. XXII, p. 327.

corps. Par les mêmes motifs, il paraît préférable d'employer le froid par applications subites, de courte durée, et séparées par des intervalles qui permettent à la peau de reprendre sa première température, que de maintenir, sans interruption, les liquides froids sur les parties; et, à ce point de vue, les *affusions froides* peuvent paraître très avantageuses. Toutefois ce n'est là qu'une indication probable que je signale, afin qu'elle soit jugée par l'expérience. Sydenham employait les lavements froids dans le même but que les applications froides à l'extérieur, et c'est un moyen qui mérite de fixer l'attention des praticiens. Enfin on a proposé des injections d'eau froide dans les narines (Rhazès); mais ce précepte a été très peu suivi.

M. le docteur Voillemier a réussi, dans un cas grave, à l'aide d'un moyen bien simple qui mérite d'être mentionné. Chez un enfant qui avait déjà perdu une énorme quantité de sang par le nez, et chez lequel on avait employé, sans le moindre succès, la plupart des agents les plus actifs, M. Voillemier imagina de couvrir le front d'une compresse sur laquelle il versa rapidement un flacon d'*éther*. Le refroidissement subit qui en résulta arrêta immédiatement l'hémorrhagie. C'est un moyen qu'il ne faut pas oublier.

Liquides employés dans les applications froides. C'est principalement à l'aide de divers liquides qu'on a fait ces applications. Le plus généralement, on se sert d'eau froide, d'*eau de puits* récemment tirée. Rhazès recommande l'*eau de neige*; la *glace*, si l'on peut s'en procurer, remplit encore mieux l'indication; mais, au lieu de la laisser à demeure, comme on le fait ordinairement, il vaudrait peut-être mieux l'appliquer à plusieurs reprises, de manière à produire chaque fois une vive sensation de froid. Les anciens employaient de préférence l'*oxycrat*; mais, hors le cas où une injection d'oxycrat est pratiquée dans les narines, on ne voit pas quel avantage il y a à se servir de ce liquide; car, à la surface du corps, c'est uniquement le froid qu'on veut produire. J'en dis autant des autres liquides qu'on a substitués à l'eau simple. Toutefois je dois faire connaître une espèce de médicament que les anciens appelaient *anacollema*, et qui consistait ordinairement dans un liquide composé qu'on appliquait sur le front à l'aide de compresses. Voici celle que propose Forestus (*loc. cit.*, obs. XII) :

℞ Eau de roses........	120 gram. (1)	Bol d'Arménie..........	4 gram.
Vinaigre rosat......	45 gram.		

Imbiber un linge de ce liquide froid, l'appliquer sur le front, et le renouveler dès qu'il commence à s'échauffer.

Est-ce par le froid ou par la vertu hémostatique attribuée aux substances qui entrent dans sa composition que ce liquide agit sur l'hémorrhagie? On sait que chez les anciens le bol d'Arménie passait pour un hémostatique puissant.

(1) Toutes les formules que j'emprunterai aux anciens seront traduites, et les termes tombés en désuétude seront, autant que possible, remplacés par les expressions modernes. Les doses seront exprimées en nombres décimaux. Les mêmes observations s'appliquent aux formules tirées des ouvrages écrits dans une langue étrangère. En agissant ainsi, j'épargne au praticien un travail long et pénible, en même temps que j'introduis dans la partie thérapeutique de cet ouvrage un caractère d'uniformité qui en rend la lecture plus facile et plus profitable. Je dois dire que j'ai été beaucoup aidé dans mon travail par le *Lexicon medicum* de Blancard, par la *Pharmacopée universelle* de M. Jourdan (2ᵉ édit., Paris, 1840, 2 vol. in-8), et surtout par l'excellent *Dictionnaire de Matière médicale et de Thérapeutique générale* de MM. Mérat et Delens. (Paris, 1829-1846, 7 vol. in-8).

4° *Styptiques et astringents.* Il est fort rare qu'avec les agents thérapeutiques déjà indiqués on ne fasse pas usage de substances dont l'application sur la muqueuse, où siége l'hémorrhagie, a pour but d'agir sur elle de manière à resserrer son tissu et à arrêter par là la perte de sang. Les *styptiques* sont du plus fréquent usage. L'*oxycrat* tient le premier rang ; on peut l'employer sous forme d'injections, ou le faire aspirer fortement dans l'intérieur des fosses nasales, il est composé ainsi :

℞ Vinaigre fort..........	1 partie.	Eau commune...........	5 parties.

Pour donner plus d'efficacité aux injections, on devra employer le liquide très froid, et, s'il se peut, le frapper de glace. L'*eau de Rabel* et l'*eau styptique de Weber* peuvent remplacer avec avantage le vinaigre, mais il faut les employer à une dose moindre. Voici la composition de l'eau de Rabel :

Eau de Rabel.

℞ Acide sulfurique à 60°....	1 partie.	Alcool à 36°......... ..	3 parties.

Ajoutez peu à peu l'alcool à l'acide ; laissez en repos pendant trois jours, et décantez dans un flacon à l'émeri.

Pour les injections,

℞ De ce liquide.......	2 parties.	Eau commune.........	6 parties.

Bourdonnets, tentes, etc., imbibés de liquides styptiques. Les *styptiques* peuvent être portés sur la surface saignante à l'aide d'une petite tente, ainsi qu'on le pratiquait fréquemment autrefois. Fernel recommande le procédé suivant :

℞ Vitriol brûlé (sulfate de fer calciné)..............	2 gram.	Chalcite calciné...........	1 gram.
		Eau de plantain...........	8 gram.

En enduire une tente, et la porter dans les narines en comprimant l'aile du nez au point où le cartilage s'insère sur l'os.

C'est dans ce point que Fernel supposait que se trouve le siége de l'hémorrhagie, et il agissait ainsi afin d'ajouter la compression à l'action du médicament. On voit que ce procédé était un premier pas vers le tamponnement méthodique.

Rivière recommande un moyen qui paraît bien vulgaire au premier abord, mais qui cependant mérite d'être connu, parce qu'on a toujours sous la main la substance nécessaire, et que souvent le temps est précieux. Ce moyen consiste tout simplement à imbiber d'*encre* une tente de coton, et à l'introduire dans la narine où on la laisse à demeure. Les propriétés styptiques de l'encre étant bien connues, on admettra facilement qu'elle peut être utile en pareil cas.

Sydenham employait de la même manière le *bol d'Arménie* et le *vitriol romain* dissous dans l'eau commune ou l'eau de plantain.

M. Kerr (1), pour porter dans l'intérieur des fosses nasales les liquides astringents, en imbibe un morceau de charpie qu'il pousse dans la cavité d'où s'échappe le sang ; il exerce, dit-il, par là, une bonne compression. Cet auteur recommande les *solutions d'alun*, de *sulfate de zinc*, la *teinture muriatée de fer*, et la *solution commune d'acétate de plomb*.

(1) *Cyclop. of pract. med.*, art. *Epistaxis*.

On a aussi porté les styptiques et les astringents en poudre dans les fosses nasales. Ainsi, le *sulfate d'alumine*, le *sulfate de fer*, la *poudre de noix de galle* pulvérisés, ont été appliqués, soit à l'aide du doigt, soit avec une sonde préalablement enveloppée d'un linge humide, sur le point d'où l'on présumait que venait le sang. M. Kerr affirme que cette manière d'employer ces médicaments est inférieure à la précédente, mais il ne fournit pas de preuves.

Le *tabac en poudre*, aspiré en assez grande quantité, paraît avoir agi de la même manière dans quelques cas cités par Latour; mais chez un jeune homme de dix-huit ans (*obs.* 917) qui avait une hémorrhagie nasale *active*, cette substance augmenta tellement l'écoulement du sang, que pendant assez longtemps la mort fut imminente. Le praticien devra donc être réservé dans son emploi.

Enfin, un moyen extrêmement simple est recommandé par M. Meulewaeter (1), Ce moyen consiste à faire respirer aux malades du *lait doux*. Suivant l'auteur, les épistaxis rebelles s'arrêtent aussitôt. Je cite ce moyen comme très facile à expérimenter.

Pour compléter le traitement, les médecins des siècles derniers faisaient prendre à l'intérieur quelques médicaments dans lesquels ils avaient beaucoup de confiance.

5° *Médication interne.* Fernel, dont tant d'auteurs ont copié l'ouvrage, recommandait une solution de *sirop de grenade* ou de *nymphœa;* l'*eau de plantain*, *de laitue*, dans lesquelles on faisait dissoudre une certaine quantité de *bol d'Arménie*, de *trochisque de succin*, ou dans lesquelles on mettait en suspension de la *poudre de corail rouge.*

Fabrice de Hilden (*loc. cit.*, obs. 17) prescrivait un julep dont voici la formule :

Julep acidule de Fabrice de Hilden.

℞ Eau de buglosse......... d'oseille.........	àà 60 gram.	Sirop de limon............... 30 gram.

M. Faites un julep à prendre deux fois dans la journée.

Dans le cas où ce médecin administra ce julep acidule, l'hémorrhagie avait déjà été presque arrêtée par un bain froid, en sorte que l'efficacité du médicament interne est loin d'être démontrée.

De nos jours, les *boissons acides* sont celles qu'on prescrit ordinairement. On les donne aussi froides que possible.

Le traitement que je viens d'exposer est destiné, ai-je dit, à combattre l'épistaxis offrant des signes d'*activité*, et assez abondante pour compromettre la vie du malade. Toutefois je dois ajouter que quels qu'aient été au début ces signes d'activité, si le médecin est appelé à une époque où la perte de sang a déjà été très considérable, et où l'écoulement commence à devenir presque séreux, il devra s'abstenir de la saignée, soit générale, soit locale, et insister particulièrement sur les moyens d'une application directe, tels que les injections styptiques et l'introduction de substances astringentes dans les narines.

Lorsque l'hémorrhagie ne présente pas ces signes d'activité, lorsqu'il y a pour

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, et *Bull. gén. de thérap.*, août 1848.

ainsi dire une diathèse hémorrhagique, ou bien lorsque, dès le début, le sang très liquide se montre déjà considérablement appauvri, on doit également supprimer la saignée et agir comme dans le cas dont je viens de parler. Du reste, tous les autres moyens déjà indiqués sont applicables à cette espèce d'hémorrhagie, et je dois dire qu'avant le tamponnement méthodique, on n'en connaissait guère d'autres; car ceux dont j'ai encore à parler, ou sont de la même nature, ou ont peu d'importance.

En voici un qui est intitulé par l'auteur (1) *Remède infaillible pour arrêter les hémorrhagies nasales :*

Recette de Tjalingii.

℞ Acétate de plomb cristallisé.. 30 gram. | Sulfate de fer.............. 15 gram.

Pulvérisez ces deux sels ensemble dans un mortier de verre, et ajoutez :

Alcool.. 250 gram.

A prendre à la dose suivante :

Pour les enfants de 10 à 12 ans. 10 à 12 gouttes | A un âge plus avancé......... 20 gouttes.
A vingt ans.............. 14 à 15 gouttes

Dans une cuillerée de vin ou d'eau-de-vie.

Renouveler cette dose trois ou quatre fois par jour.

Cette recette avait depuis plus de deux cents ans une très grande vogue dans le pays des Frisons, lorsque M. Tjalingii, apothicaire à Amsterdam, la fit connaître. Il assure qu'entre ses mains elle a eu le plus grand succès dans les cas les plus rebelles; mais on sent de combien de preuves aurait besoin une pareille assertion.

Rivière et Latour (*loc. cit.*) ont cité des cas, d'après Rusticus et Paschet, dans lesquels l'épistaxis aurait été arrêtée par une simple *instillation d'oxycrat dans l'oreille.*

Quelques auteurs, et entre autres Fernel et Rivière, ont aussi recommandé des cataplasmes astringents, auxquels ils accordaient une grande efficacité. Il suffira d'indiquer celui que prescrivait Rivière :

Cataplasme astringent de Rivière.

℞ Sulfate de chaux natif..... Q. S. | Vinaigre.................. Q. S.

Faites-en un cataplasme de deux travers de doigt d'épaisseur, que vous appliquerez sur le front et les tempes; et, si cette première application ne suffit pas, renouvelez-la.

M. le docteur Porta (2) a cité deux cas destinés à démontrer que l'administration du *tannin* est très utile dans le traitement de l'épistaxis. Il serait nécessaire, avant de se prononcer, d'avoir un plus grand nombre de faits. Dans tous les cas, le tannin n'agit pas autrement dans l'épistaxis que dans les autres hémorrhagies.

Tel est l'ensemble des moyens mis en usage avant qu'on eût imaginé le tamponnement méthodique; et, sauf quelques modifications d'une importance secondaire, on peut dire qu'il y avait un commun accord sur l'utilité de ce traitement.

(1) TJALINGII, *the Med. and phys. Journ. Lond.*, 1806, vol. XVI, p. 191.
(2) *Annal. univ. di medicina*, mars 1848.

Toutefois, comme je l'ai déjà dit, le célèbre Fréd. Hoffmann avait une pratique bien différente que j'indique plus loin.

6° *Narcotiques*. Enfin, pour compléter ce que j'ai à dire avant d'arriver aux moyens qu'on pourrait appeler mécaniques, j'ajouterai que les *narcotiques*, et en particulier l'opium, jouissaient d'un grand crédit dans les derniers siècles. Voici ce que Rivière dit à cet égard :

Si l'affection est extrêmement rebelle, et si elle ne cède pas aux autres remèdes, il faut recourir aux narcotiques, parmi lesquels le *laudanum* (1) tient le premier rang. Ainsi l'on prescrira :

Laudanum (extrait aqueux d'opium)........................ de 10 à 20 centigr.

ou bien :

Sirop de pavot.. 30 gram.

dans un julep astringent.

Quoiqu'il n'y ait point de faits suffisants en faveur de ce traitement, j'ai cru devoir l'indiquer, afin qu'il pût être expérimenté.

MOYENS MÉCANIQUES.

Lorsque l'action des médicaments précédents ne suffit pas pour modifier l'état du tissu muqueux, de manière à empêcher qu'il livre au sang un passage facile, on cherche à opposer à l'écoulement un obstacle purement physique.

1° *Insufflation de poudres absorbantes*. On peut, ce me semble, sans trop forcer l'analogie, regarder comme un moyen de ce genre celui qui consiste à introduire dans les narines des poudres inertes, absorbantes, destinées à former à la surface de la muqueuse une couche imperméable au sang. Depuis Avicenne (*loc. cit.*), qui a donné à ces poudres le nom de *glutinatives*, jusqu'à nos jours, on en a fait un assez fréquent usage. Cet auteur se servait de *poudre d'encens*, à l'aide de laquelle il faisait des insufflations dans la narine. Dans un cas fort grave, le docteur Brunner (2) employa de la même manière, et avec le plus grand succès, *la gomme arabique pulvérisée*. L'hémorrhagie, qui avait lieu chez un jeune homme de dix-neuf ans, durait depuis deux jours, et elle était si abondante, que plusieurs fois le malade était tombé en faiblesse. Elle s'arrêta aussitôt qu'on eut pratiqué les insufflations, à l'aide d'un tuyau de plume. La *noix de galle*, le *cachou*, les *diverses résines pulvérisées*, peuvent, outre l'action qui leur est propre, remplir la même indication.

2° *Compression directe*. Ce n'est point à Valsalva qu'il faut, ainsi qu'on le fait ordinairement, rapporter l'honneur d'avoir le premier cherché à arrêter l'hémorrhagie, en comprimant directement le point où les vaisseaux viennent verser le sang à la surface de la muqueuse. Fernel avait déjà recommandé, ainsi qu'on l'a vu dans le passage cité plus haut, de comprimer avec le doigt le point de réunion du cartilage et de l'os sur la paroi externe des fosses nasales, et il agissait ainsi afin de faire adhérer son onguent sur l'ouverture du vaisseau qu'il importait de boucher. Valsalva employa uniquement la compression avec le doigt, et réussit ainsi à faire cesser une épistaxis rebelle (3). Toutes les fois qu'on peut reconnaître le

(1) Entendez par ce mot l'extrait d'opium et non le vin d'opium, qui n'était pas encore en usage.
(2) *Lond. Med. repository*, 1827, t. IV, p. 457, *extr. du journal de Hufeland*.
(3) MORGAGNI, *De causis et sed.*, etc., ep. XIV, § 24.

point d'où vient le sang et l'atteindre facilement, on peut employer ce moyen; mais, dans les grandes hémorrhagies, dans celles qu'il importe réellement d'arrêter, on ne doit guère espérer de trouver les choses dans une aussi heureuse disposition. Alors, en effet, toute la membrane paraît être le siége de l'épistaxis, et l'on en a quelquefois la preuve dans l'insuffisance du tamponnement de la partie antérieure des cavités nasales. On sera donc presque toujours forcé de recourir au tamponnement méthodique.

3° *Compression de la carotide primitive.* Dans plusieurs cas, et notamment dans ceux qui ont été rapportés par M. le docteur Gibon (1), lorsque les moyens les plus efficaces ont échoué, on a réussi à arrêter des épistaxis abondantes en comprimant l'artère carotide primitive. On trouve une observation du même genre dans la *Gazette des Hôpitaux* (janvier 1846). Ce moyen est donc très utile. Les faits rapportés par M. Gibon prouvent que lorsque le sang ne s'écoule que par une narine, ce qui est le cas le plus commun, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il suffit de comprimer la carotide de ce côté.

4° *Élévation des bras*, moyen conseillé par M. Négrier (d'Angers). Un moyen bien plus simple encore est celui qu'a imaginé M. le docteur Négrier, et qui consiste à tenir les bras, ou seulement le bras du côté par lequel se fait l'hémorrhagie, élevé au-dessus de la tête du malade. En même temps, on comprime la narine d'où vient le sang; mais des faits cités par M. Négrier prouvent que cette compression n'est pas absolument nécessaire. Au moment où M. Négrier écrivait (2), il employait ce moyen depuis trois ans, et jamais il ne l'avait vu échouer. Le talent d'observation de ce médecin est trop bien connu pour qu'après une aussi longue expérimentation de sa part, on puisse refuser une grande valeur à ce mode de traitement.

5° *Tamponnements.* L'introduction d'une mèche, d'une tente, imbibées ou enduites de médicaments styptiques, était sans doute une espèce de tamponnement: mais c'était bien moins de l'action mécanique de ces corps étrangers introduits dans les narines, que de l'impression produite sur la muqueuse par les substances médicamenteuses, qu'on attendait la suspension de l'hémorrhagie. Aussi ne trouvons-nous dans les anciens auteurs aucun précepte positif sur l'introduction de ces mèches; ils ne parlent pas de la grosseur qu'elles doivent avoir, de leur longueur, etc., tandis que la composition des médicaments attire toute leur attention. Mais lorsque ce fut dans la seule compression exercée par le corps étranger qu'on chercha le moyen d'arrêter le sang, on dut donner la plus grande importance à ces détails négligés par les anciens. Voyons donc quels sont les procédés les plus généralement adoptés.

A. *Tamponnement antérieur.* Il a été employé par plusieurs chirurgiens, et notamment par Pelletan (3) et Abernethy (4). Ces deux procédés diffèrent assez notablement l'un de l'autre : je vais les décrire tous les deux, en commençant par celui du chirurgien français :

(1) *Gaz. méd. chirur.*, juin 1846.

(2) *Note sur un moyen très simple d'arrêter les hémorrhagies nasales* (Arch. gén. de méd., III° série, 1842. t. XIV, pag. 168).

(3) *Clin. chir.*, t. II, p. 276; 1810.

(4) *Lectures on operative surgery, delivered at Saint-Barth. Hosp.* (*Lancet.*, t. XII, 1826. et 1827.)

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR.

PROCÉDÉ DE PELLETAN.

Roulez de la charpie en forme de bourdonnet solide, d'un volume proportionné à l'embouchure de la narine, et attaché d'un fil assez long. Ce bourdonnet, saisi avec des pinces à anneaux, ou placé à l'extrémité d'un porte-mèche, est porté horizontalement le long du plancher inférieur du nez jusqu'à la partie la plus postérieure. Lorsqu'il est arrivé là; lâchez-le et retirez la pince. Introduisez aussi successivement plusieurs bourdonnets dans la même direction, et remplissez la cavité nasale. Vous en feriez autant du côté opposé, si le sang sortait des deux côtés. Retirez ensuite à vous le fil qui a lié le premier bourdonnet, en appuyant sur la dernière charpie, comme pour entasser le tout dans la cavité du nez.

Il n'y a pas, selon Pelletan, d'hémorrhagie nasale que ce tamponnement n'arrête, quand il est fait avec intelligence, c'est-à-dire quand les bourdonnets sont introduits dans une direction qui leur permet d'arriver au fond de la cavité. Cependant, dit-il, le sang peut se porter en arrière et continuer à couler d'une manière inquiétante, ou tomber dans le canal de la respiration. Pour ce cas particulier, ce chirurgien propose le tamponnement antéro-postérieur avec la sonde de Belloc; il termine en disant : « Le tamponnement par la partie antérieure remplit parfaitement l'indication, quand il est fait avec intelligence, et ce procédé n'incommode pas le malade autant que l'usage de la sonde.... »

PROCÉDÉ D'ABERNETHY.

Prenez un cylindre de charpie suffisant pour remplir la fosse nasale; enveloppez-en une sonde, de manière qu'il soit assez long pour occuper toute la cavité depuis l'ouverture antérieure jusqu'à l'ouverture postérieure. Mouillez-le, arrondissez-le, en lui donnant la forme d'une grosse bougie, jusqu'à ce qu'il soit dur. Introduisez-le ensuite par l'ouverture antérieure, en lui faisant suivre le plancher des fosses nasales, jusqu'à ce que vous soyez sûr qu'il a atteint l'orifice postérieur. Retirez la sonde, en maintenant le tampon en place.

Abernethy affirme qu'il n'a jamais vu l'hémorrhagie continuer après cette opération, et il cite un cas où elle a eu un plein succès.

L'extrême simplicité de ce procédé, jointe à l'efficacité que lui attribue cet auteur, sont de puissantes recommandations en sa faveur. C'est maintenant à l'observation à nous apprendre s'il est préférable ou inférieur aux suivants.

M. le docteur Calvy (de Toulon) a conseillé de remplacer la charpie par l'*éponge préparée*, et M. Morand (de Tours) (1) emploie avec le plus grand succès une substance qu'on trouve très facilement : c'est l'*amadou*. La manière dont procède M. Morand lui a été si utile, surtout chez les enfants, que je ne peux m'empêcher de la faire connaître ici :

PROCÉDÉ DE M. MORAND (DE TOURS).

On prépare le tampon, que M. Morand appelle hémostatique, en roulant un morceau d'amadou, de manière à lui donner la forme d'un cône allongé, dont le volume doit être en rapport avec la cavité nasale qu'il doit occuper; on maintient cet amadou en forme de cône, en l'entourant d'un fil dont les tours doivent être

(1) *Recueil des trav. de la Soc. d'Indre-et-Loire*, 1843, et *Mém. et Obs. cliniques*, par M. Morand. Tours, 1844.

assez lâches, et placés à une assez grande distance les uns des autres pour ne pas empêcher le gonflement de l'agaric. Cela fait, on le graisse avec du beurre ou du suif, et on l'introduit dans la narine par son extrémité conique. On pousse alors en tournant sans trop presser, et l'on fait pénétrer le tampon aussi avant que possible, de manière à occuper toute la capacité de la fosse nasale. On le retient en place au moyen d'une bandelette de taffetas d'Angleterre ou de sparadrap, qui, passant sous la narine, vient se fixer sur les côtés du nez.

Au bout de quelques instants, l'amadou, s'imprégnant de sang et de mucosités, se gonfle et pénètre jusque dans les anfractuosités des fosses nasales. Il agit dès lors comme moyen compressif sur les orifices des vaisseaux capillaires, détermine le gonflement de la membrane muqueuse, le resserrement des tissus et, par suite, la cessation sans retour de l'hémorrhagie.

M. Mérat (1) a eu recours, dans un cas très alarmant, à un tamponnement bien plus simple encore, puisqu'il ne consiste que dans *l'introduction, par la narine, et à l'aide d'une petite sonde, de petites boules de charpie, du volume d'une noisette*, sans aucun fil ni aucune préparation. Il faut pousser ces petits bourdonnets aussi loin que possible. Dans le cas rapporté par M. Mérat, il n'en fallut que cinq ou six pour arrêter une hémorrhagie qui avait presque complétement épuisé la malade. Ce moyen si simple réussirait-il dans tous les cas?

B. *Tamponnement antéro-postérieur*. La conformation des fosses nasales s'opposant à ce que le tampon introduit par la narine antérieure s'applique exactement à leurs parois, on a dû craindre que la compression ne fût inefficace, et chercher un autre moyen d'empêcher l'exhalation incessante du sang. On l'a trouvé dans le tamponnement antéro-postérieur, qui se pratique de la manière suivante :

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR.

Les objets nécessaires pour cette opération sont :

1° La sonde de Belloc, composée d'une canule d'argent recourbée, et munie d'un mandrin terminé par un ressort de montre, dont l'extrémité en forme de bouton est percée d'un chas. A défaut de cette sonde, on peut prendre une baleine mince et flexible, à l'extrémité de laquelle on pratique une entaille circulaire; ou bien encore une corde à boyau, un fil de plomb ou d'argent, une sonde de gomme élastique, en un mot une tige quelconque, assez longue et assez flexible pour être portée par les fosses nasales jusque dans le pharynx, et ramenée ensuite hors de la bouche.

2° Un bourdonnet de charpie assez gros pour fermer exactement l'ouverture postérieure de la fosse nasale, et embrassé dans le milieu par un double fil ciré, dont le cercle porte un long fil simple.

3° D'autres bourdonnets moins gros, ou tout simplement de la charpie brute.

Ces objets étant placés à votre portée, faites asseoir le malade en face de vous et devant une fenêtre, de manière qu'il soit éclairé par un jour vif, sa tête étant maintenue contre la poitrine d'un aide. Glissez dans la narine, avec la main droite, la sonde de Belloc, ou la tige que vous aurez à votre disposition, et portez-la dans le pharynx; là l'extrémité de l'instrument est reçue par l'index de la main gauche, et attirée hors de la bouche d'arrière en avant. Si l'on fait usage de la sonde de

(1) Nouveau procédé de tamponnement, etc. *Union médicale*, 4 septembre 1849.

Belloc, un aide appuie sur le mandrin au moment où l'extrémité de la canule arrive dans le pharynx, et le ressort vient se montrer au-devant du voile du palais, en passant sous son bord inférieur. L'extrémité de l'instrument étant ainsi attirée hors de la bouche, on y attache fortement le double fil qui porte le bourdonnet, et retirant la canule ou la tige, on entraîne ce tampon d'abord d'avant en arrière dans le pharynx, puis d'arrière en avant dans l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Il faut employer une force assez considérable pour engager le corps obturateur de manière qu'il oppose un obstacle insurmontable à l'écoulement du sang. Les deux chefs du double fil sortant par la narine sont alors écartés, et l'on fait glisser entre eux, jusqu'à l'ouverture antérieure de la fosse nasale, soit les bourdonnets, soit la charpie brute qu'on avait préparés ; on en remplit exactement toute cette ouverture, et on les fixe en liant sur eux avec force les deux fils qu'on maintient relevés, collés sur la joue, ou fixés au bonnet du malade, ainsi que le fil simple qui sort par la bouche, et qui est destiné à faciliter l'enlèvement des tampons.

Par ce procédé, la fosse nasale est hermétiquement fermée à ses deux ouvertures, sa cavité restant libre, et voici ce qui arrive : le sang continuant à suinter de la surface libre, remplit cette cavité, se coagule et empêche ainsi un nouvel écoulement. C'est donc ce liquide, ce produit de l'hémorrhagie, qui en réalité est le tampon, le compresseur qui s'oppose à l'effort hémorrhagique.

On peut manquer d'une tige pour porter les fils dans l'arrière-bouche, et éprouver quelque difficulté à s'en procurer promptement une convenable ; il est bon, par conséquent, de faire connaître la manière dont M. Jacquelin (1), chirurgien de l'hospice civil de Montereau, a procédé en pareille circonstance.

Modification apportée par M. Jacquelin au tamponnement antéro-postérieur. Prenez un fil retord long de dix-huit pouces ; roulez une de ses extrémités et formez-en une boule de la grosseur d'un grain de chènevis ; enduisez-le de cire. Introduisez le fil ainsi préparé dans la narine, après avoir préalablement nettoyé cette cavité des caillots et du sang liquide qu'elle contient. Ce bout de fil étant porté aussi loin que possible dans la fosse nasale, ordonnez au malade de faire de fortes inspirations par le nez, en lui recommandant de vous prévenir dès que le fil tombera dans la gorge. Dès que vous en serez prévenu, allez chercher avec des pinces le fil dans le pharynx, en l'attirant hors de la bouche, agissez comme dans le procédé ordinaire.

M. Jacquelin a eu deux fois recours à ce moyen avec succès.

La science possède un assez grand nombre de cas dans lesquels le tamponnement antéro-postérieur réussit, lorsque le tamponnement antérieur et presque tous les autres moyens avaient déjà échoué. Latour (*loc. cit.*, obs. 612) en cite un dans lequel l'extrême fluidité du sang, la formation de nombreuses pétéchies et l'inutilité des moyens les plus actifs, prouvaient la gravité de la maladie ; ce tamponnement seul réussit. Dans les cas où les observateurs nous disent que cette opération a été pratiquée sans succès, il n'est nullement prouvé qu'elle ait été faite suivant les préceptes précédents, et surtout qu'elle ait été bien faite.

C'est principalement quand le sang est fluide, et quand les symptômes indiqués plus haut annoncent une grande tendance à l'hémorrhagie, qu'il faut redoubler

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. II, 1831, p. 141.

de précaution pour s'assurer que le tamponnement est bien fait. Si l'on voit la charpie se pénétrer promptement de sang, et quelques gouttes de ce liquide se répandre en bavant, c'est que l'une des deux ouvertures est mal fermée, soit que les bourdonnets n'aient pas assez de volume, soit qu'ils n'aient pas été assez fortement engagés, soit qu'on ne les ait pas assez serrés; il faut se hâter alors d'enlever cet appareil et de le replacer plus méthodiquement.

Les tampons doivent être maintenus pendant deux ou trois jours; le médecin peut seul juger de l'époque précise où il peut les enlever.. Pour cela, on coupe les fils qui maintiennent le tampon antérieur qu'on retire avec des pinces, et à l'aide du fil laissé dans la bouche, on retire par là le tampon postérieur. Puis avec de l'eau tiède pure ou légèrement acidulée, on débarrasse la fosse nasale des caillots dont elle est obstruée. Les émollients suffisent pour faire disparaître l'inflammation légère dont cette cavité est le siége.

Ce tamponnement occasionne peu de douleur; mais un sentiment de gêne, d'obstruction et de pesanteur ne tarde pas à se produire dans la fosse nasale, les sinus maxillaires et les sinus frontaux. Il ne faut pas pour cela supprimer le tamponnement. Blandin (1) rapporte que, chez un sujet, il vit le sang se répandre sur la conjonctive, après avoir remonté par le canal nasal jusqu'aux conduits lacrymaux; *ce qui n'empêcha pas le tamponnement de produire l'effet désiré.* Le docteur W. Wansborough (2) a observé le même phénomène.

Une autre espèce de tamponnement a été proposée dans ces derniers temps par M. Miquel (d'Amboise) (3); ce procédé très ingénieux, et qui a réussi plusieurs fois, mérite d'être connu.

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS

PAR M. MIQUEL (D'AMBOISE).

Prenez un morceau d'intestin grêle de cochon ou autre, de grosseur moyenne, long de 15 à 18 pouces; liez fortement l'une de ses extrémités, coupez tout ce qui excède la ligature, puis poussez une sonde de gomme élastique ou une algalie de femme dans sa cavité. Quand elle touche au cul-de-sac, servez-vous-en pour introduire le boyau dans la narine d'où vient le sang. Dès que vous l'avez enfoncé assez avant pour toucher la partie postérieure du pharynx, poussez-y de l'air; l'intestin, que le sang et les mucosités ont rendu très glissant, se gonfle et plonge dans le pharynx : le malade fait involontairement un effort d'expuition, et la portion expulsée sort malgré lui par la bouche, car elle glisse de ce côté avec une prodigieuse facilité. Alors, faites retenir l'extrémité libre, près de la narine, par le malade ou un aide, puis, placez une autre ligature à un pouce de la première qui est à l'extrémité, ayant soin de ne comprendre dans cet espace que la quantité d'air suffisante pour former un globe un peu plus gros que celui du pouce.

Ceci fait, retirez l'intestin de façon à lui faire suivre une marche inverse à la première, ce qui s'opère sans que le malade le sente d'abord; seulement, quand la portion comprise entre les deux fils vient à se heurter contre la luette, vous éprouvez un peu de résistance. Si vous avez eu soin de ne pas lui donner une gros-

(1) *Dict. de méd. et de chirurgie prat.*, t. VII, 1831, art. *Épistaxis.*
(2) *The London med. reposit.*, t. X, p. 380; 1818.
(3) *Lancette française*, 1834.

seur trop démesurée, elle a bientôt franchi l'isthme du gosier par une simple traction et sans l'aide du doigt, et elle vient boucher complètement l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Tirez alors assez fortement pour l'y engager suffisamment, puis insufflez une nouvelle quantité d'air dans l'intestin : refoulez-le le plus fortement possible vers le nez, et mettez une troisième ligature à deux tiers de pouce de cet organe. Vous pouvez, si vous le jugez convenable, lier ensemble les fils des deux extrémités.

On peut rapprocher de ce procédé celui de M. Martin Saint-Ange (1), qui a avec lui de nombreuses analogies, et qui n'est pas moins ingénieux.

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT PROPOSÉ

PAR M. MARTIN SAINT-ANGE.

Ayez une sonde droite, en argent, longue de 4 pouces environ, évasée en cône à l'une de ses extrémités, terminée à l'autre par un petit mamelon perforé. Le pavillon ou cône supporte deux œillets placés sur le même plan que le robinet qui se trouve 5 lignes au-dessous. Plus loin, et vers son extrémité, l'instrument présente, dans l'étendue d'environ un pouce, des rainures circulaires. Enfin, un curseur, muni d'une languette dirigée dans le sens opposé au pavillon et divergeant légèrement de l'axe de la sonde, peut à l'aide d'une vis de pression traverser un point fixe sur toute l'étendue de la sonde. Adaptez sur l'extrémité striée une petite vessie de lapin, de cochon d'Inde, ou de jeune chat, et mieux encore le cœcum du mouton, qu'on peut se procurer facilement dans le commerce. Ramollissez le cœcum en le trempant dans l'eau, et fixez-le par une ligature fortement serrée sur les cannelures de l'instrument. Pour plus de précaution, assujettissez la portion du cœcum qui se trouve comprise dans la ligature, par un fil qui la traverse, et qui va s'attacher sur l'un des œillets du pavillon. Les choses ainsi disposées, mouillez suffisamment la vessie, pliez-la sur l'instrument, ou bien coiffez-en pour ainsi dire la sonde, et introduisez-la dans la narine, en lui faisant suivre la direction du plancher des fosses nasales. Arrivé à l'extrémité postérieure de ces cavités, injectez à l'aide d'une petite seringue, de l'air ou de l'eau froide dans la vessie ; celle-ci se dilate aussitôt; lorsqu'elle est suffisamment remplie, fermez le robinet. La vessie, ainsi gonflée, forme une poche ou tampon élastique, qui, cédant sur tous les points aux tractions faites sur elle au moyen de la sonde, se moule exactement sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Cette première indication remplie, introduisez un peu de charpie ou un morceau de linge dans la narine; faites avancer jusque là le curseur que vous y fixez par un tour de vis. De cette manière les deux ouvertures nasales, du même côté, se trouvent parfaitement bouchées. Lorsque vous voulez retirer l'instrument, il vous suffit d'ouvrir le robinet et de laisser vider la vessie; vous pouvez même graduer la sortie du liquide, et, par un gonflement modéré de la vessie, entraîner au dehors les caillots de sang contenus dans les fosses nasales.

M. Velpeau (2) s'exprime ainsi sur la valeur de ce procédé : « Cet instrument, dont Bell et M. Miquel d'Amboise avaient dit un mot, a déjà réussi sur les malades entre les mains de M. Martin Solon et de l'inventeur. »

(1) LAPEYROUX, *Thès*. Paris, 1836, n° 314.
(2) *Médecine opératoire*, 2e édition, Paris, 1839, t. III, p. 586.

Pour moi, je ferai observer que cet appareil a l'inconvénient d'augmenter l'arsenal déjà si exubérant du chirurgien, et que le tamponnement ordinaire, pouvant être fait avec une simple tige flexible, ou même un fil ciré, acquiert par là un grand avantage sous deux rapports : 1° il n'oblige pas le praticien à s'embarrasser d'un instrument de plus ; 2° il peut être appliqué sur-le-champ, ce qui est indispensable dans les hémorrhagies très violentes. Il est bien entendu que si une observation plus souvent répétée faisait reconnaître les derniers procédés comme beaucoup plus sûrs et moins difficiles à supporter, on devrait regarder comme nulles les objections que je viens de présenter. C'est encore un appel aux observateurs.

Je dois maintenant dire un mot des divers *moyens adjuvants* qu'il faut mettre en usage dans tous les cas sans exception, quel que soit, de tous les traitements décrits plus haut, celui que l'on emploie. Je ferai ensuite connaître certaines médications qui ont quelques caractères de spécificité.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ÉPISTAXIS ABONDANTE ET GRAVE.

1° Débarrasser le malade de tous les vêtements qui peuvent gêner la circulation du tronc et surtout du cou :

2° Le placer sur un lit dur et frais, ou, selon Fernel, sur une couche de paille. Donner à son corps une inclinaison telle que la tête soit notablement plus élevée que les pieds ;

3° Entretenir un courant d'air frais dans l'appartement ;

4° Eviter au malade tout effort, tout mouvement un peu considérable. Ainsi favoriser la défécation par des lavements émollients ; le faire boire au biberon ou à la cuillère ; ne point le changer de place sans nécessité absolue, etc. ;

5° Éloigner toute cause d'émotion morale ;

6° Soumettre le malade à la diète pendant l'hémorrhagie, et à un régime sévère quelques jours après, dans les cas où l'on aurait observé des signes d'activité. Plus tard rétablir les forces par les *analeptiques*.

En général, de tous ces moyens adjuvants, il n'en est aucun auquel on doive brusquement renoncer.

Résumé ; ordonnances. Résumons en quelques ordonnances les divers traitements mis en usage autrefois, et qu'on emploie encore aujourd'hui en grande partie, lorsque l'hémorrhagie ne paraît pas assez violente pour exiger le tamponnement :

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS ACTIVE ASSEZ ABONDANTE POUR COMPROMETTRE LA SANTÉ OU MÊME LA VIE.

1° Pour boisson :

℞ Acide sulfurique à 66°...	5 gram.	Eau....................	1500 gram.

A boire par verrées, en ajoutant à chaque verre :

Sirop de gomme.. 30 gram.

Il faut avoir grand soin d'agiter le mélange, car l'acide gagnerait les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

2° Appliquer des compresses trempées dans l'eau froide, sur le front, les tempes,

la nuque, et mieux encore sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme. Renouveler souvent ces applications, de manière à produire des impressions brusques et saisissantes.

3° Une saignée de deux ou trois palettes, suivant la force du malade. (Il faut le saigner assis et ouvrir largement la veine, afin de déterminer la syncope. Il vaut mieux revenir plusieurs fois à la saignée, que de tirer une trop grande quantité de sang à la fois.)

4° Concurremment avec la saignée, ou pour la remplacer, six ou huit ventouses scarifiées aux hypochondres ou entre les épaules.

5° Faire aspirer fortement ou injecter dans les narines de l'*oxycrat* (Voy. page 19).

On peut aussi faire usage des injections avec l'eau de Rabel. (Voy. page 19).

6° Dans les cas où ces moyens seraient insuffisants, introduire dans les narines une tente de toile ou de coton roulé, trempée dans un mélange styptique. (Voy. celui de Fernel, page 19). Fabrice de Hilden employait ce moyen de la manière suivante :

℞ Farine d'orge	90 gram.	Safran de Mars (oxyde rouge de fer.)	ãã 4 gram.
Sang-dragon	ãã 4 gram.	Écorce de grenades	
Bol d'Arménie		Sucre épaissi de prunes sauvages dissous dans du vinaigre	30 gram.
Terre sigillée			

Ajoutez blanc d'œuf et eau .... Q. S. pour donner au mélange une consistance sirupeuse, enduisez-en fortement un tampon allongé, et introduisez-le dans la narine.

7° Faire prendre toutes les boissons froides, et entretenir la plus basse température possible dans l'appartement.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS A PEU PRÈS SEMBLABLE AU PRÉCÉDENT.

1° Prendre par cuillerées, d'heure en heure, le *julep antihémorrhagique* suivant :

℞ Acide sulfurique	10 gram.	Sirop de guimauve	100 gram.
Mucilage de gomme arabique	200 gram.	M.	

2° Placer le malade dans une baignoire, et lui projeter à plusieurs reprises de l'eau froide sur le corps, ou bien le plonger dans un bain froid.

3° Huit ventouses sèches entre les épaules et autant sur les hypochondres (Fernel, Rivière, etc.) ; ou bien, ligature des quatres membres au-dessus des coudes et des genoux.

4° Un ou deux lavements froids dans la journée (Sydenham).

5° Faire dans les narines des injections avec :

℞ Acide sulfurique	10 gram.	Vinaigre distillé	500 gram.

Ces injections doivent être faites avec précaution, et l'on doit surveiller leur action afin d'augmenter la dose du vinaigre ou d'ajouter un peu d'eau suivant que le médicament est trop ou trop peu actif.

Le liquide précédent peut être remplacé par :

℞ Extrait de Saturne	ãã 30 gram.	Eau de roses	300 gram.
Eau-de-vie			

6° ℞ Chaux vive	4 gram.	Noix de galle	10 gram.
Sulfate de fer	5 gram.	Sulfure rouge d'arsenic	1 gram.

Pulvérisez et mêlez soigneusement.

Roulez dans cette poudre un tampon allongé et préalablement *trempé dans l'encre*, et introduisez-le dans celle des fosses nasales d'où provient le sang

Ce moyen est recommandé par Rhazès qui, toutefois, ne donne pas les doses. On peut supprimer le *sulfate d'arsenic*, et employer un autre liquide que l'encre, l'eau-de-vie, par exemple.

III° Ordonnance.

TRAITEMENT D'HOFFMANN.

1° Pour boisson : Eau de fontaine froide, avec addition de teinture de roses, acidulée avec l'acide sulfurique et édulcorée.

2° Préserver avec soin le corps, sans en excepter la tête, mais surtout les pieds, de *l'action du froid*.

3° Administrer la *liqueur anodine* (d'Hoffmann), soit seule, soit unie à une poudre nitreuse, et étendue d'une certaine quantité d'eau de fontaine.

4° *Si l'épistaxis a pour cause un chagrin profond*, unir les *diaphorétiques* aux antispasmodiques, et prescrire un régime *diaphorétique*.

Est-il des cas dans lesquels un pareil traitement puisse être utile ?

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS INTERMITTENTE.

Lorsque l'épistaxis périodique a lieu à de longs intervalles, elle ne réclame aucun traitement particulier, et le plus souvent, au lieu d'avoir à la combattre, on doit la favoriser, car c'est surtout par sa suppression qu'elle cause des accidents. Ce n'est point de cette espèce qu'il s'agit ici, mais bien de celle qui présente un des types connus de la fièvre intermittente. Les deux cas que j'ai cités plus haut sont des exemples d'épistaxis quotidienne et très régulière. Dans les deux cas, l'hémorrhagie, qui avait résisté à beaucoup d'autres moyens, cessa peu de temps après l'administration du *sulfate de quinine à haute dose*. Ainsi, dans l'épistaxis comme dans presque toutes les autres maladies, le praticien doit avoir présente à l'esprit la possibilité de l'intermittence, qui, quelque rare qu'elle soit, pourrait se présenter, et peut-être sous forme d'accès pernicieux. Dans un pareil cas, on prescrirait :

IV° Ordonnance.

1° Pour boisson : infusion de petite centaurée sucrée.

2° ℞ Sulfate de quinine de 0,6 à 1 gram.

à prendre en trois doses, dans du pain enchanté.

Renouveler le sulfate de quinine jusqu'à ce que les accès d'épistaxis aient complétement cessé, et le donner encore pendant plusieurs jours à doses décroissantes.

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS PAR L'ERGOT DE SEIGLE.

J'ai sous les yeux une observation de M. G. Negri qui porte à croire que le seigle ergoté peut avoir, dans cette hémorrhagie comme dans les hémorrhagies utérines, une action spécifique. Chez une femme de soixante-deux ans, existait depuis trois jours une épistaxis si considérable que l'affaiblissement était extrême, que la peau était déjà décolorée et qu'il y avait une concentration et une accélération notables du pouls. C'est dans cet état de choses, et le sang coulant très abondamment, que M. Negri prescrivit (1) :

(1) *Lond. Med. Gaz.*, vol. XIII, p. 361 ; 1834.

Seigle ergoté en poudre.............................. 4 gram.
Divisez en douze paquets, à prendre un tous les quarts d'heure.

Bientôt après, l'hémorrhagie commença à diminuer, et quand les douze paquets furent pris, elle avait cessé.

Alors on prescrivit :

Seigle ergoté en poudre.......................... 0,30 gram.
A prendre toutes les heures.

Le lendemain, la même dose fut prescrite à de longs intervalles.

M. le docteur Arnal (1) a rapporté des cas nombreux d'hémorrhagie qui sont tout à fait en faveur de ce traitement.

Tel est le traitement de l'épixtaxis; je ne parle pas de certains agents thérapeutiques tels que les vésicatoires à l'aide de l'eau bouillante (Latour), le cautère à la plante des pieds (*Zacutus Lusitanus*), etc., parce qu'ils ne sont pas suffisamment sanctionnés par l'expérience. J'ai également supprimé quelques formules extrêmement longues et composées d'une multitude de médicaments hétérogènes, comme étant inutiles à connaître. Quant au traitement de l'état anémique que l'épistaxis laisse après elle, il se trouvera naturellement dans le traitement de l'état morbide, dû à des causes très différentes, qui a reçu le nom d'*anémie*.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Épistaxis active.* Saignées; ventouses scarifiées ou non; ligature des membres.

2° *Épistaxis active ou passive redoutable par son abondance. A.* Applications froides et éthérées; styptiques et astringents liquides ou secs portés dans les fosses nasales; boissons acidulées : limonades, juleps, etc.; opiacés. *B.* Compression directe; Compression de la carotide : élévation des bras; tamponnement; moyens spécifiques : sulfate de quinine, seigle ergoté. *C.* Moyens adjuvants : position, repos, etc.

ARTICLE II.

CORYZA AIGU (*rhinite aiguë*).

Cette maladie est ordinairement si légère que le médecin est bien rarement consulté à son occasion. De là vient que nous ne possédons réellement pas d'observations de coryza aigu. Néanmoins, dans des articles généraux assez nombreux, on trouve une description fidèle et détaillée de ses symptômes, ce que l'on conçoit facilement lorsqu'on songe que la maladie est extrêmement fréquente, très simple, et ne demande, pour être connue à fond, qu'une observation superficielle.

On a divisé le coryza aigu en *coryza des adultes*, *coryza des nouveaux-nés* et *coryza symptomatique*. Dans cet article, il ne sera pas question du dernier pour les raisons que j'ai déjà données (Voyez *Avant-Propos*). Quant aux deux premiers, ils ne diffèrent réellement que par un plus haut degré de gravité communiqué au coryza des nouveaux-nés par la grande étroitesse des fosses nasales à ce premier âge de la vie, car au fond elle est la même. Aussi me dispenserai-je de décrire séparément le coryza des nouveaux-nés. Toutefois, et dans un but pratique, j'aurai soin, chemin faisant, de signaler tout ce qu'il peut présenter d'intéressant dans les symptômes, et d'indiquer avec détail son traitement particulier.

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XIV, pag. 108 et suiv.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Le coryza aigu est une inflammation de la membrane pituitaire qui parcourt rapidement ses périodes ; dans ces derniers temps on lui a imposé le nom de *rhinite aiguë*. C'est à l'une de ces dénominations qu'il faudra désormais s'en tenir, car celles qui ont été anciennement données à cette maladie, telles que *gravedo*, *destillatio*, *rhume de cerveau*, *catarrhe nasal*, *enchifrènement*, n'expriment guère que la présence de quelque symptôme plus ou moins important ; il en est de même des dénominations étrangères qu'il est inutile de rapporter ici.

Tout le monde sait que la fréquence du coryza est extrême ; il est, en effet, des époques de l'année où des populations entières en sont en grande partie affectées. Je n'insisterai donc pas sur un fait aussi connu.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Le coryza aigu est une des affections dans lesquelles la prédisposition semble le moins nécessaire, ou du moins est le plus difficile à découvrir. Ainsi, sous l'influence des variations de température de l'automne et du printemps, on voit survenir le coryza chez un très grand nombre de sujets de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament, sans qu'aucune circonstance paraisse avoir particulièrement favorisé son développement. Cependant on a cité des sujets qui étaient tellement exposés à contracter le coryza, que le moindre changement atmosphérique suffisait pour le faire naître. Il faut bien, dans ces cas, reconnaître une prédisposition, mais c'est une prédisposition cachée, que nous ne pouvons rapporter à un état organique particulier.

Les auteurs ont donné comme causes prédisposantes l'*enfance* et la *jeunesse*, le *tempérament lymphatique*, le *vice scrofuleux*, un état habituel de *faiblesse*, une *transpiration habituelle de la tête*. Quant à cette dernière cause prédisposante, on en a cité quelques exemples ; mais pour toutes les autres, nous ne possédons que des assertions sans preuves, et l'on n'a pas plus de raisons pour en admettre l'existence que pour la rejeter. On voit donc que, comme dans toutes les phlegmasies superficielles non spécifiques, l'action des causes prédisposantes est très obscure et laisse le champ libre à l'action des causes occasionnelles que nous allons étudier.

2° Causes occasionnelles,

C'est moins par une observation médicale qu'on les a recherchées que par une observation vulgaire et superficielle. Toutefois, pour les raisons indiquées plus haut, on a pu, à cause de la simplicité des faits, arriver à constater d'une manière assez satisfaisante les principales circonstances dans lesquelles se produit le coryza. Ainsi on sait que cette maladie se manifeste ordinairement aux époques où il y a de *brusques passages du chaud au froid*, telles que le printemps et le commencement de l'automne ; que l'*insolation*, surtout lorsqu'elle est immédiatement suivie de l'exposition du corps au froid humide, la détermine fréquemment ; que l'influence des *brouillards* sur sa production n'est guère moins marquée. Ces causes sont tellement puissantes, qu'il est rare qu'on y échappe dans le courant

d'une année entière. Aussi, pendant certains mois, y a-t-il comme de petites *épidémies* de coryza qui, lorsqu'elles se joignent à des bronchites, des angines, etc., prennent dans le vulgaire le nom impropre de *grippe*, et sont assimilées à certaines épidémies dont il sera parlé dans un autre chapitre. M. Anglada (1) cite un exemple de coryza plus franchement *épidémique :* après un orage violent qui succéda à plusieurs mois d'un temps très beau, la plus grande partie de l'armée française fut affectée de coryza. Cette épidémie, de l'espèce la plus simple, différa des autres épidémies en ce que la maladie n'acquit pas une intensité et une gravité insolites.

Le coryza aigu *est-il contagieux ?* C'est une opinion assez répandue dans le public que cette maladie a de la tendance à se propager par le contact direct, et sans doute le grand nombre de cas qui se manifestent en même temps, et chez des personnes vivant en commun, a contribué à faire adopter cette opinion. Elle était généralement admise en Allemagne à l'époque où écrivait Crato, puisque cet auteur, qui du reste ne cite aucun fait et n'émet que de simples assertions, affirme (2) que dans ce pays on aurait difficilement fait boire quelqu'un dans un vase où aurait bu un individu affecté de coryza. Plus tard, sur l'autorité d'Etmuller, Bonet (3) a indiqué cette cause comme ayant lieu quelquefois ; mais la preuve directe n'existe point, et sous ce rapport la science manque de renseignements et en manquera peut-être toujours.

Les auteurs ont donné comme cause du coryza la *suppression d'un flux ancien* et la *disparition d'un exanthème ;* mais nous n'avons pas de faits qui puissent nous éclairer à cet égard. On en cite, il est vrai, en faveur de la suppression d'une *transpiration* habituelle et surtout de celle *des pieds ;* mais il faut distinguer : dans les cas où l'existence de cette cause a été bien constatée, la suppression de la transpiration a été suivie d'un coryza chronique et non d'un coryza aigu, en sorte que les auteurs ont eu tort d'attribuer cette cause à ces deux formes de la maladie.

Enfin, on a cité des causes toutes particulières et fort rares ; je n'indiquerai que les deux suivantes comme exemples : Jac. Aug. Hünerwolff (4) rapporte qu'un homme était pris d'un coryza très violent toutes les fois qu'il entrait dans un parterre de rosiers en fleur, ou qu'il flairait une *rose*. Dans un autre cas, cité par M. Rostan, un coryza caractérisé par un écoulement abondant de mucus nasal qui ne durait que quelques heures, apparaissait tout à coup après une vive *affection morale*. Ce sont là de ces faits exceptionnels dont il suffit de signaler la possibilité.

§ III. — Symptômes.

Les premiers signes qui annoncent le *début* du coryza sont des picotements incommodes et une espèce de chatouillement qui provoquent des éternuments d'abord rares, puis de plus en plus fréquents ; bientôt à ce symptôme vient se joindre un sentiment de sécheresse et d'obstruction des fosses nasales, qui engage les malades à se moucher souvent, sans qu'ils puissent se débarrasser de ces sensations. Cependant la respiration n'est pas encore gênée, et tout est local dans la maladie.

Symptômes locaux. Mais au bout d'un temps fort court, les symptômes se multi-

(1) *Du coryza simple. Thèse*, janv. 1837.
(2) *Concil. et Epist.*, lib. II, p. 246 ; 1595.
(3) *Thesaur. med. pract.*, Genev., 1691. *De morb. cap.*, lib. II, p. 1067.
(4) *Ephem. nat. cur. dec.*, ann. V, 1712, obs. 22, p. 34.

plient et deviennent plus intenses. Une des deux fosses nasales, et plus rarement les deux à la fois, sont le siége d'une chaleur âcre, d'une douleur assez marquée; en même temps il s'établit une sécrétion morbide, qui a surtout lieu à la suite des éternuments devenus plus fréquents. Le mucus qui en résulte est liquide, transparent, incolore, filant et d'une saveur salée qui se fait incessamment sentir lorsque l'écoulement a lieu par l'ouverture postérieure des fosses nasales. Alors la membrane pituitaire se montre rouge et tuméfiée, ainsi que la peau qui recouvre l'ouverture antérieure des fosses nasales; cette rougeur est due non seulement à l'extension naturelle de l'inflammation par voie de continuité, mais encore au passage presque continuel du mucus âcre dont il vient d'être parlé.

Tant que le coryza est borné à la portion de pituitaire qui tapisse les fosses nasales proprement dites, les symptômes précédents sont ordinairement les seuls existants; mais dès que l'inflammation gagne les appendices membraneux qui vont revêtir les cavités adjacentes, de nouveaux phénomènes sont observés. Ainsi les yeux s'injectent; ils sont sensibles à la lumière, larmoyants: c'est que l'inflammation a pénétré par le canal nasal. Il y a une céphalalgie frontale, gravative, qui empêche les malades de se livrer à leurs occupations, et rend pénibles les éternuments, et quelquefois même les moindres mouvements: c'est que les sinus frontaux sont envahis. Enfin, le malade éprouve une douleur assez vive dans une joue, rarement dans les deux; la peau de cette partie prend une couleur rosée; il y a un peu de gonflement, les dents du même côté présentent une douleur sourde; un sentiment de tension incommode, partant de la paroi externe de la fosse nasale, se propage dans la mâchoire supérieure, et se change en une véritable douleur lorsque le malade se mouche fortement: c'est que la muqueuse de l'antre d'Hygmore est enflammée.

Ainsi, à l'aide des connaissances anatomiques, nous nous rendons parfaitement compte de tous les symptômes qui peuvent survenir, et depuis longtemps toutes les théories qui faisaient dépendre l'écoulement nasal du coryza de l'exsudation d'une humeur venant des membranes du cerveau ou des ventricules (1) sont rangées parmi les rêveries que l'amour des explications a si souvent suggérées à nos devanciers. M. Boucher (2) s'est fondé sur les différences que présente le coryza, suivant qu'il occupe telle ou telle partie, pour établir les variétés suivantes: 1° Coryza des narines; 2° des sinus frontaux; 3° des sinus maxillaires. Ces différences méritent d'être connues, mais elles n'ont pas assez d'importance, surtout sous le rapport pratique, pour qu'on établisse une distinction réelle entre ces diverses variétés.

Symptômes généraux. En même temps que les symptômes prennent l'accroissement qui vient d'être indiqué, il se développe, dans un certain nombre de cas dont la proportion n'est pas exactement déterminée, un mouvement fébrile ordinairement peu intense. Quelquefois, au contraire, mais bien plus rarement, c'est le mouvement fébrile qui précède de plusieurs heures les symptômes locaux. Une accélération légère du pouls et un peu de chaleur, une aggravation de la céphalalgie, de l'inquiétude et quelquefois un peu d'insomnie, un sentiment de courbature générale, sont les principaux symptômes qui caractérisent ce mouvement

(1) FERNEL, *Pathol.*, lib. V, cap. VII.
(2) *Diss. sur le coryza*; 1836.

fébrile. Des auteurs ont aussi signalé des frissons suivis de sueurs, mais les cas dans lesquels on les observe sont au moins fort rares.

Parfois l'intensité de la céphalalgie est excessive, et donne pour ainsi dire à la maladie un aspect particulier, surtout si l'on considère la manière dont elle se termine. M. Louis a deux ou trois fois, dans sa pratique, observé les phénomènes suivants : Il a vu, après une suppression complète ou une diminution notable de l'écoulement muqueux, survenir vers la racine du nez une douleur tellement atroce, qu'elle ne laissait pas un instant de repos au malade, et cet état durait jusqu'à ce qu'un écoulement abondant de mucus incolore et filant se fît par les narines; alors ce symptôme si violent se dissipait avec la plus grande rapidité. Le siége de cette douleur ne permet pas de douter qu'elle ne fût due à l'envahissement des sinus frontaux.

Au bout de deux ou trois jours de durée, tous les symptômes s'amendent notablement ; la douleur, la tension, la rougeur des fosses nasales disparaissent, ainsi que le mouvement fébrile, s'il existait. Quant au mucus sécrété, il change notablement d'aspect : il devient plus consistant, opalin, puis blanc, blanc-jaunâtre ou verdâtre et opaque; il est alors difficile à détacher, et l'on est obligé de faire des efforts quelquefois douloureux pour désobstruer les fosses nasales. Cette matière acquiert une odeur fade, parfois fétide ou étrange. La voix est nasonnée, il y a un enchifrènement marqué, et quelquefois une douleur permanente à la racine du nez. Cet état peut durer assez longtemps avant que les fosses nasales soient revenues à leur état normal.

Coryza des enfants nouveau-nés et à la mamelle. J'ai dit plus haut qu'on avait décrit séparément le coryza des enfants nouveau-nés et à la mamelle, et j'ai ajouté que les différences qui existent entre cette maladie, à cet âge et à un âge plus avancé, tiennent presque uniquement à l'étroitesse des fosses nasales chez les enfants. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner les symptômes particuliers que présente le coryza des nouveaux-nés. J'en emprunte la description à Billard (1) et à M. Rayer (2), qui ont écrit particulièrement sur ce sujet.

L'enfant, qui pouvait auparavant dormir la bouche fermée, est obligé de la tenir largement ouverte ; il y a une respiration très bruyante par le nez et des sifflements dans les fosses nasales. Les mucosités s'accumulant de plus en plus dans ces cavités, la respiration devient très difficile, et même impossible lorsque l'enfant veut prendre le mamelon; s'il persiste dans ses efforts de succion, la face devient violette, se tuméfie, il y a menace d'asphyxie; et enfin le mamelon est abandonné brusquement, le petit malade portant rapidement la tête en arrière, ouvrant largement la bouche pour respirer, et poussant des cris d'impatience et de douleur.

Il est évident que l'obstacle au libre passage de l'air dans les fosses nasales, obstruées par les mucosités, est la cause de tous ces accidents. Aussi n'est-ce qu'après un certain temps de ce pénible état que les enfants éprouvent l'assoupissement, la prostration et les convulsions signalées par Billard, et que, suivant les expressions de cet auteur, le petit malade, se trouvant continuellement agité par le besoin de la faim et l'impossibilité de le satisfaire, tombe épuisé de fatigue, de douleur et d'ina-

(1) *Traité des maladies des enfants*, 1833, 2ᵉ éd., p. 484 et suiv.
(2) *Note sur le coryza des enfants à la mamelle*; 1820.

nition, et ne tarde pas à périr avant même d'être arrivé à un degré de marasme avancé. Ainsi, bien qu'il faille reconnaître que le mouvement fébrile du coryza peut avoir une certaine gravité chez les nouveaux-nés et les enfants à la mamelle, car à cet âge toute affection accompagnée de fièvre a son danger, toujours est-il que c'est à des circonstances tout accessoires que cette affection doit sa terminaison funeste. Mais quelle qu'en soit la cause, il est nécessaire de prévenir le praticien du danger qu'acquiert chez les jeunes enfants une maladie si légère chez l'adulte, afin que le traitement soit dirigé avec l'activité nécessaire.

Maintenant que j'ai fait connaître tous les accidents dont peut s'accompagner le coryza des enfants nouveau-nés et à la mamelle, je dois ajouter qu'il est heureusement rare qu'ils surviennent avec cette intensité. Quant à moi, bien que j'aie pendant longtemps observé les maladies des nouveaux-nés, je n'en ai jamais vu un seul exemple. Dans le plus grand nombre des cas, tout se réduit à un peu plus d'agitation et à une difficulté un peu plus grande dans la respiration, symptômes qui ne sont pas de longue durée.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

1° *Marche de la maladie.* Comme chacun sait, la marche du coryza aigu est rapide. Ordinairement trente-six ou quarante-huit heures suffisent pour que les principaux symptômes soient considérablement amendés. On a cité quelques cas où le coryza s'est montré sous forme intermittente. Un exemple de cette périodicité a été cité par Sauvages (1) sous le titre de *coryza febricosa.* Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que malgré la présence de plusieurs symptômes aigus, tels que douleur de tête, tuméfaction, etc., il n'y avait aucun mouvement fébrile (*pyrexia nulla*). La maladie ne céda qu'au quinquina.

Si les symptômes de la première période du coryza, c'est-à-dire ceux où l'inflammation se montre dans toute son acuité, ont une marche très rapide, il n'en est pas toujours de même de ceux qui leur succèdent, et qui constituent ce que dans le langage ancien on appelait la *coction.* La gêne de la respiration par le nez, la tension, l'exagération de la sécrétion, et par suite l'enchifrènement, peuvent durer longtemps et demander même quelques soins chez les personnes qui ont besoin de recouvrer promptement la pureté de la voix dont le timbre reste nasonné.

Quand on examine avec attention ce qui se passe dans cette légère maladie, on voit que dans le plus grand nombre des cas elle n'occupe d'abord qu'une narine, et qu'elle passe à l'autre avec tous ses symptômes d'acuité lorsqu'il y a déjà un amendement notable dans la cavité envahie la première. De plus, en notant avec soin les phénomènes à mesure qu'ils se présentent, on voit aussi que l'envahissement des sinus frontaux et du sinus maxillaire, quand il a lieu, se fait à une époque un peu éloignée du début; il semblerait qu'en pareil cas la maladie dût se prolonger beaucoup plus, car, en réalité, il y a plusieurs attaques successives. Il n'en est cependant rien, et en voici la raison : l'inflammation, lorsqu'elle se propage à un autre point que celui qu'elle occupait d'abord, parcourt ses périodes avec une rapidité d'autant plus grande, qu'elle a envahi son nouveau siége à une époque plus éloignée du début; en sorte que toutes ces inflammations partielles, qui se sont

(1) *Nosol.*, t. II, class. IX, *Fluxus*; ordo III, *Serifluxus.*

succédé à des intervalles variables, arrivent toutes en même temps, ou même en raison inverse de l'époque de leur développement, à une terminaison commune. C'est ce que nous retrouverons dans les autres phlegmasies, toutes les fois que nous les verrons se terminer par résolution.

La *durée* générale de la maladie est ordinairement courte; il est rare qu'elle dépasse quatre à sept jours, à moins que le coryza ne passe à l'état chronique. Excepté chez les très jeunes enfants, et, comme je l'ai déjà dit, dans des cas rares, la *terminaison* du coryza aigu n'est jamais funeste. Son passage à l'état chronique est signalé par tous les auteurs, mais cette terminaison est rare.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce n'est que chez les enfants nouveau-nés et à la mamelle qu'on a pu étudier les lésions du coryza idiopathique; chez les adultes, c'est le coryza symptomatique qui a fourni les sujets de recherches. Chez les uns et chez les autres, on trouve les signes ordinaires de l'inflammation des membranes muqueuses : la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane, etc. ; mais chez les enfants il existe quelquefois une lésion particulière décrite en ces termes par Billard (*loc. cit*) : « En ouvrant les fosses nasales, on trouve une concrétion pseudo-membraneuse, blanchâtre, et un peu salie par du sang exhalé à sa surface. Elle commence à la partie supérieure de la glotte, et, au lieu de s'étendre sur la trachée-artère, remonte vers les sinus et les cornets du nez, qu'elle revêt en s'y appliquant solidement. La membrane muqueuse est, au-dessous d'elle, très tuméfiée et d'un rouge vif; elle est même saignante dans plusieurs endroits. » On voit que cette forme est au coryza simple ce que le croup est à la laryngite simple. Il importerait donc beaucoup de pouvoir la distinguer; mais malheureusement, de l'aveu de Billard, il est impossible de la reconnaître pendant la vie. Les autres lésions qu'on a observées ont trop peu d'importance pratique pour être mentionnées ici.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. J'ai peu de chose à dire sur le diagnostic du coryza chez l'adulte; c'est aux articles *Coryza chronique* et *Ozène* que je donnerai les signes différentiels de ces affections et du coryza aigu; et si l'on y réfléchit, on verra qu'après cette élimination il ne reste pas d'affection qui puisse être confondue avec lui. Mais il peut être quelquefois utile de savoir si le coryza est idiopathique ou symptomatique. Je vais donc rechercher les signes propres à nous éclairer sur ce point.

Dans la *rougeole*, il existe un coryza précurseur ; mais outre qu'il s'accompagne tout d'abord d'une toux remarquable, il est bien rare qu'il n'existe pas en même temps un mouvement fébrile prononcé, lequel ne se manifeste le plus souvent dans le coryza que lorsque l'inflammation de la pituitaire a acquis un assez grand développement.

Il en est de même du coryza qui se montre dans la *scarlatine;* seulement c'est le pharynx plutôt que les bronches qui est enflammé en même temps que la membrane de Schneider.

Lorsque le coryza est précédé d'un mouvement fébrile qui ne paraît nullement en rapport avec le peu d'importance de l'inflammation, il faut avoir soin d'in-

specter chaque jour la muqueuse buccale et pharyngienne, car dans les fièvres exanthémateuses, c'est là qu'on commence à apercevoir les premières rougeurs qui lèvent tous les doutes. Avant cette époque, il est difficile de distinguer le coryza fébrile simple du coryza précurseur de l'exanthème.

Dans la *grippe* et les diverses épidémies du même genre, il existe un coryza ordinairement intense, mais l'apparition simultanée d'autres symptômes ne permet pas une longue hésitation.

Les mêmes réflexions s'appliquent au coryza qui se manifeste dans la première période de la *coqueluche* et du *croup*.

Il est plus important encore de savoir si ces symptômes si intenses, cette suffocation, cette asphyxie imminente, observés chez les nouveaux-nés, sont dus à un simple coryza ou à une autre maladie. La tuméfaction, l'inflammation du nez, et par suite la gêne de la respiration, peuvent dépendre d'un *érysipèle* ou d'une *inflammation œdémateuse* de la face qui occupe plus particulièrement la lèvre supérieure et le nez. Mais ordinairement la première de ces maladies, au lieu de commencer par l'intérieur des fosses nasales, commence par la peau du nez ou du front, et s'étend bientôt à d'autres parties de la face trop éloignées de l'ouverture des narines pour devoir leur inflammation à un simple coryza. Quant à la seconde, elle ne se développe qu'à la fin des maladies graves, et commence presque toujours par la lèvre supérieure.

J'ai dit que le principal symptôme, le symptôme capital du *coryza des nouveaux-nés*, était la suffocation, qui a lieu surtout pendant l'action de teter. Plusieurs autres causes peuvént occasionner la suffocation, pendant que l'enfant fait des efforts de succion. Ce sont des *vices de conformation* de la bouche, de la langue et de son frein, des fosses nasales ou bien du mamelon de la nourrice. Mais outre que ces vices de conformation ont leurs caractères propres et faciles à constater, l'impossibilité de teter date de la naissance, tandis que dans le coryza des enfants tetaient fort bien avant l'invasion de la maladie. J'ajouterai que les enfants qui offrent des vices de conformation autres que ceux qui peuvent produire une obstruction des fosses nasales, ont la respiration parfaitement libre quand ils ne cherchent pas à téter, au lieu que dans le coryza, l'obstruction des fosses nasales occasionne, dans tous les instants, une gêne plus ou moins marquée de cette fonction.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du coryza simple aigu fébrile et du coryza des fièvres exanthématiques.*

CORYZA SIMPLE.	CORYZA PRÉCURSEUR DE L'EXANTHÈME.
Pas de *toux* ni de *douleur de gorge* au début.	*Toux* ou *douleur de gorge* au début.
Le plus souvent pas de *fièvre* au début.	*Fièvre* au début.
Mouvement fébrile peu prononcé et de courte durée.	*Mouvement fébrile* intense et prolongé.

Dans les cas peu fréquents où le mouvement fébrile précède un coryza un peu intense, examinez fréquemment la bouche et le larynx, pour découvrir les *rougeurs de l'exanthème*, qui seules peuvent lever les doutes.

2° *Signes distinctifs du coryza simple aigu fébrile, et du coryza des épidémies catarrhales, de la coqueluche et du croup.*

CORYZA IDIOPATHIQUE.	CORYZA SYMPTOMATIQUE.
Au début, *symptômes locaux* bornés aux fosses nasales.	Au début, *symptômes* ayant leur siége dans plusieurs organes, et notamment dans le reste de l'étendue des voies respiratoires.

3° *Signes distinctifs du coryza des nouveaux-nés et des autres affections qui peuvent déterminer la suffocation.*

a. CORYZA DES NOUVEAUX-NÉS.	ÉRYSIPÈLE DE LA FACE; OEDÈME SUB-INFLAMMATOIRE.
L'*inflammation* commence dans les fosses nasales.	L'*inflammation* commence dans la peau du front, du nez ou de la lèvre supérieure.
Se développe au milieu d'un *état de santé parfaite.*	Se développe *à la fin des maladies graves.*

b. CORYZA DES NOUVEAUX-NÉS.	VICES DE CONFORMATION DE LA BOUCHE, DE LA LANGUE, ETC.
Inspection. Bonne conformation de toutes les parties qui agissent dans la succion.	*Inspection.* On découvre le *vice de conformation.*
La *succion* s'opérait bien avant l'invasion du coryza.	*Succion* impossible dès la naissance.
Gêne de la respiration dans les intervalles de la succion.	*Respiration* libre lorsque l'enfant ne tette pas.

Je ne chercherai pas à établir un diagnostic entre le coryza et l'inflammation de la pituitaire due à une violence extérieure quelconque, parce que, dans ce cas, la connaissance de la cause est suffisante.

Pronostic. Le coryza des adultes n'a, comme je l'ai déjà dit, aucune gravité. Dans les cas rares où on l'a vu passer à l'état chronique, on n'a noté aucun signe qui pût faire prévoir cette terminaison.

Quant au coryza des nouveaux-nés, on a vu que dans quelques circonstances il pouvait avoir une terminaison funeste ; et rien n'ayant été indiqué comme pouvant servir à faire distinguer les cas mortels, le praticien devra toujours avoir quelque appréhension du coryza survenant à cet âge, quelle que soit d'ailleurs son apparente bénignité. Le coryza des nouveaux-nés avec production de fausses membranes est une maladie mortelle ; mais on a vu que malheureusement nous n'avions aucun moyen de le distinguer pendant la vie ; l'observation a encore tout à faire sur ce sujet.

§ VII. — Traitement.

Coryza. des adultes. Dans le coryza léger, apyrétique, celui qui existe le plus fréquemment, il n'est besoin d'aucune médication active ; c'est une de ces affections légères qu'on range à peine parmi les indispositions. Aussi, vulgairement n'y fait-on aucune attention. Cependant il est une circonstance où le coryza le plus léger demande quelques soins : c'est lorsque l'individu affecté a besoin de recouvrer le plus promptement possible l'intégrité de sa voix, qui, dans cette maladie, prend un timbre désagréable. Les deux prescriptions suivantes suffisent en pareil cas :

Ire Ordonnance.

CORYZA LÉGER CHEZ UN ADULTE.

1° Pour tisane, infusion de violettes sucrée.

2° Le soir, un pédiluve sinapisé de vingt minutes à une demi-heure de durée.

3° Tenir le ventre libre à l'aide de lavements émollients.

4° Diminuer la quantité des aliments ; s'abstenir de liqueurs fortes et de café.

5° Se tenir constamment à l'abri du froid, et surtout du froid humide.

Si le coryza, sans être très intense, présentait quelques symptômes incommodes, comme une forte pesanteur de tête, des douleurs dans les sinus frontaux ou dans les sinus maxillaires, on aurait recours aux moyens suivants :

IIe Ordonnance.

1° Pour tisane, infusion de bourrache miellée.

2° Faire, matin et soir, une fumigation émolliente, dirigée vers les fosses nasales. Une théière ordinaire, dont le bec est tourné vers le nez, suffit pour ces fumigations.

3° Matin et soir, un pédiluve chaud, avec addition de deux ou trois pelletées de cendre ; y rester vingt minutes.

4° Le reste de la prescription précédente.

M. Martin-Solon (1) a employé avec succès des *fumigations émollientes* dans les coryzas très aigus.

Mais le coryza peut, avons-nous dit, se présenter avec un appareil de symptômes qui lui donnent une certaine importance ; la fièvre surtout alarme le malade et mérite l'attention du médecin. Cependant, si la maladie paraît toujours bien localisée, il est inutile de recourir à des moyens beaucoup plus actifs, et il suffira des suivants :

IIIe Ordonnance.

CORYZA FÉBRILE CHEZ L'ADULTE.

1° Infusion de bourrache (*ut supra*), ou bien une légère infusion de thé sucré.

2° Introduire de temps en temps dans les fosses nasales une poudre fine de guimauve ou de gomme, afin d'absorber les mucosités et de leur donner plus de consistance.

3° Faire trois ou quatre fois par jour des onctions sur le nez, sur la lèvre supérieure, et même sur les parties adjacentes, avec de la pommade de concombre, du cérat légèrement opiacé, ou bien avec le liniment suivant :

℞ Huile d'amandes douces.... 8 gram. | Laudanum de Sydenham...... 0,5 gram.
Mêlez avec soin.

4° Pédiluves sinapisés matin et soir.

5° Le soir, un lavement d'eau de guimauve avec addition de trois ou quatre cuillerées d'huile d'olive.

6° Se préserver du froid ; régime très léger. Quelquefois, lorsque le mouvement fébrile est un peu intense, il est nécessaire d'imposer un jour de diète.

(1) *Gaz. méd.*, 1834, *Observ. et cons. prat. sur l'usage des fumigat. dans les maladies.*

Tels étaient les moyens universellement employés dans le coryza aigu fébrile ou non fébrile, lorsque le docteur Williams en proposa un bien différent, et que, pour cette raison, je dois faire connaître avec quelques détails.

TRAITEMENT DU DOCTEUR C.-J.-B. WILLIAMS.

Ce médecin, après avoir fait remarquer (1) que si l'on prescrit des boissons abondantes dans le coryza, c'est pour diminuer l'acrimonie du flux pituitaire qui entretient l'inflammation, ajoute qu'on obtient le même résultat par un moyen tout opposé, et dont cependant le succès est certain : c'est l'*abstinence complète des liquides.* Voici comment, d'après cet auteur, on doit diriger le traitement :

IVe Ordonnance.

1° On pourra commencer le traitement par un laxatif, suivi d'un diaphorétique. Mais ces moyens ne sont nécessaires qu'au début de la maladie.

2° S'abstenir de toute espèce de liquide pendant trente-six ou quarante-huit heures.

3° Les aliments solides seront des *puddings* (qu'on peut remplacer en France par de la bouillie et des panades épaisses), des légumes avec ou sans viande, pour le principal repas de la journée. Aux autres repas, on se contentera d'un peu de pain rôti ou de biscuit, simplement humecté avec du thé ou avec un liquide du même genre.

4° Après quarante-huit heures de ce traitement, on peut revenir à l'usage *modéré* des liquides; mais il faut avoir soin de n'y revenir que graduellement, et se faire violence, car on est porté, après une pareille abstinence, à prendre les boissons avec excès.

Suivant M. Williams, ce traitement, agissant en diminuant la masse des fluides du corps, a pour but d'enlever les matériaux nécessaires à la sécrétion morbide, de tarir l'écoulement, et d'arrêter le coryza entretenu par lui. Par ce moyen, on empêche l'inflammation de se propager aux organes respiratoires proprement dits, et l'on évite les bronchites intenses qui succèdent au coryza. C'est au bout de douze heures d'abstinence des liquides que l'écoulement commence à tarir; la sécrétion devient alors gélatineuse; elle cesse entre la trentième et la trente-sixième heure. Dès la douzième heure, le larmoiement et la douleur de tête deviennent de moins en moins incommodes, et ces symptômes ne tardent pas à disparaître. Jamais, dans les cas observés par le docteur Williams, cette abstinence de liquides pendant le temps indiqué n'a eu le moindre inconvénient.

Il y a malheureusement beaucoup d'objections à faire aux assertions de cet auteur; objections dont l'analyse seule d'un certain nombre d'observations pourrait démontrer la force ou la faiblesse. Comment pouvons-nous admettre qu'un traitement a une grande efficacité dans le coryza, lorsque, d'une part, nous voyons qu'il ne commence à tarir l'écoulement qu'au bout de douze heures, et que, d'une autre part, nous ne savons pas à quelle époque de la maladie il a été entrepris? Supposons seulement que le coryza dure déjà depuis douze heures; qu'y a-t-il d'étonnant qu'il commence à se dissiper douze heures plus tard?

(1) *Cyclop. of pract. med.*, t. I; 1833.

Et sans même recourir à cette supposition, ne voyons-nous pas des coryzas qui parcourent leur période d'acuité en douze heures? Il fallait donc démontrer par l'observation qu'on n'avait pas eu affaire à des coryzas semblables. Le docteur Williams nous dit qu'on évite, par son traitement, les bronchites consécutives; mais, pour le prouver, il était absolument nécessaire de présenter des observations; car si, par l'abstinence des liquides, on avait prévenu des bronchites à une époque où le coryza en aurait été presque constamment suivi, nous aurions une forte preuve qui nous manque complétement.

On doit donc attendre, pour admettre l'efficacité de l'*abstinence complète des liquides dans le coryza*, que l'observation ait prononcé. Mais il faut se garder de proscrire entièrement ce traitement; car si son utilité venait à être démontrée, ce serait une acquisition précieuse, puisqu'on éviterait des bronchites quelquefois intenses, qui sont à redouter pour beaucoup d'individus, et notamment pour les chanteurs et pour les personnes qui ont une maladie chronique des poumons. C'est aux observateurs à expérimenter un traitement pénible à suivre sans doute, mais qui n'a pas d'inconvénient réel.

M. le docteur Teissier (de Lyon), frappé de l'insuffisance de tous les moyens précédents, eut l'idée d'employer la cautérisation, comme moyen curatif, dans le coryza très aigu. Il cite (1) plusieurs observations de guérison obtenue en quelques heures, dans des cas intenses et même rebelles.

Il emploie la solution suivante :

℞ Nitrate d'arg. crist... 0,25 à 0,50 gram. | Eau distillée.. 30 gram.

Diss.

Avec un petit bourdonnet de charpie imbibé de cette solution, on cautérise rapidement la pituitaire.

Suivant l'auteur, à 25 centigrammes, la solution ne détermine pas de douleur.

Ce moyen a été vivement critiqué; cependant les faits cités par M. Teissier méritent considération, et, avant de les condamner, il serait juste de répéter l'expérience.

Le même médecin (*loc. cit.*) indique comme un très bon calmant les onctions d'*huile d'amandes douces* avec le *laudanum*, indiquées plus haut; depuis lors on a donné comme moyen abortif le *laudanum* mêlé en grande proportion à un liquide émollient, et aspiré par les narines.

M. le docteur Lockwood a également employé la solution de nitrate d'argent, et il a obtenu des succès.

Mais M. le docteur J. Pretty (2), reprochant à ce moyen d'être douloureux (ce qui est en opposition avec l'expérience de M. Teissier, du moins pour une solution peu concentrée), conseille les injections suivantes :

℞ Sulfate de zinc .... 0,15 gram. | Eau distillée............. 30 gram.

Diss.

Avec une seringue de la contenance de 30 grammes, on injecte une ou deux fois ce liquide dans chaque narine, le malade penchant la tête en avant vers un bassin.

(1) *Bullet. gén. de thérapeut.*, t. XX, p. 419 et suiv., 1845.

(2) *Lond. med. Gaz.*, juillet 1849.

Suivant l'auteur, ce traitement fait avorter le coryza au début; plus tard, il faut attendre que la muqueuse se dégorge un peu; autrement il y a à craindre de vives douleurs vers les sinus frontaux.

Une injection suffit quelquefois; dans certains cas il en faut jusqu'à trois.

Ces injections, dit M. Pretty, arrêtent immédiatement les coryzas qui tendent à passer à l'état chronique et à se perpétuer.

CORYZA PÉRIODIQUE (*coryza febricosa* de Sauvages).

Il est inutile de dire que lorsque le coryza se produit sous cette forme extrêmement rare, et lorsqu'on a bien constaté la régularité des accès, il faut avoir recours au quinquina. La prescription suivante suffira :

♃ Sulfate de quinine.............................. 0,3 à 0,6 gram.

F. trois paquets qu'on prendra de deux en deux heures, dans l'intervalle des accès. On devra renouveler cette dose jusqu'à ce qu'il ne reste plus de trace de la maladie, et la continuer quelques jours en la diminuant graduellement, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente.

L'observation insérée dans le *Journal de Vandermonde* prouve qu'il ne faut nullement attendre que des symptômes fébriles se manifestent en pareils cas; car, chez l'homme qui en est le sujet, il n'y avait pas, comme on l'a vu plus haut, la moindre apparence de fièvre.

CORYZA DES NOUVEAUX-NÉS.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie recommandent de suspendre l'allaitement, et de nourrir les enfants à la cuiller. Mais il ne faut pas croire que dès qu'un enfant présente des signes de coryza, on doive ainsi le priver de son alimentation naturelle. D'abord, ainsi que je l'ai dit plus haut, ce n'est que dans les cas les plus graves que cette maladie détermine des symptômes d'asphyxie et empêche l'enfant de teter; d'où il suit que souvent elle n'a pas plus de gravité que chez l'adulte, et alors il faut bien se garder de suspendre l'allaitement; car, avec quelques précautions contre le froid, il constitue le meilleur traitement qu'on puisse prescrire. En second lieu, il est toujours temps, lorsque les symptômes de suffocation apparaissent, de remplacer l'allaitement par les boissons prises à la cuiller, qui n'exigent pas une occlusion si parfaite de la bouche, et permettent à l'enfant de respirer encore, quoique imparfaitement. C'est en pareil cas qu'on devra recourir à la prescription suivante :

Ve Ordonnance.

1° Faire boire, à l'aide d'une cuiller, du lait de vache coupé avec un quart ou moitié d'orge ou de gruau.

2° Nettoyer fréquemment les narines à l'aide de lotions d'eau de guimauve ou de sureau; tâcher de faire aspirer un peu de ces liquides par le nez, en fermant un instant la bouche de l'enfant.

3° Dans les cas très graves, et s'il y a quelques signes de congestion cérébrale, une sangsue derrière l'oreille, ou deux au plus chez les enfants forts et âgés de plus d'un mois. Arrêter avec grand soin l'écoulement du sang une demi-heure ou au plus une heure après la chute des sangsues.

4° ℞ Calomel.............. 0,30 gram. | Sucre en poudre.............. 5 gram.

M. Faites quatre paquets à prendre dans la journée.

5° Le soir un cataplasme légèrement sinapisé sur chaque jambe.

6° Si les symptômes cérébraux augmentent, un vésicatoire à la nuque.

La mort a été quelquefois causée par le coryza chez les nouveaux-nés, et nous avons vu que c'est principalement à l'asphyxie qu'est due cette terminaison funeste. Faudrait-il, si les symptômes devenaient menaçants au point de faire redouter une mort prochaine, recourir à la *trachéotomie?* Aucun auteur ne s'est fait cette question, et le motif en est facile à comprendre : il s'agit d'enfants très jeunes et chez lesquels on aurait de la répugnance à pratiquer une opération, même beaucoup moins sérieuse. C'est là sans doute une raison d'être réservé ; mais s'il était démontré que l'enfant va périr asphyxié, et si, d'un autre côté, on était sûr que le coryza fût simple, on pourrait d'autant plus recourir à ce moyen extrême, que la respiration une fois rétablie, on aurait la certitude que le coryza se terminerait promptement par résolution. N'est-ce pas le cas de faire l'application de ce fameux axiome : *Melius remedium anceps quam nullum?*

Moyens prophylactiques. Cette maladie est si légère, qu'on prend ordinairement très peu de précautions pour s'en garantir. Cependant il est des personnes qui contractent si facilement le coryza, qu'elles doivent chercher les moyens de le prévenir, ne fût-ce que dans la crainte de le voir passer à l'état chronique. Ainsi, les individus qui sont sujets à une transpiration habituelle d'une des parties du corps, et principalement de la tête, doivent éviter les courants d'air, même pendant l'été. Au printemps, il ne faut pas s'exposer au soleil, et surtout passer ensuite brusquement dans un lieu frais. Il importe aussi de ne pas se dépouiller trop tôt de ses vêtements d'hiver et de se garantir avec soin des premières humidités de l'automne. Les personnes chauves ont ordinairement besoin de prendre, plus que toutes les autres, les précautions que je viens d'indiquer.

Suivant M. Williams (*loc. cit.*), la modération dans les boissons est un des meilleurs préservatifs, parce que, dit-il, lorsqu'il y a une grande quantité de liquide dans le corps, la perspiration doit être augmentée, et l'on est par conséquent plus exposé aux mauvaises influences du froid. Il est inutile d'ajouter que cette assertion est toute théorique.

Enfin, les causes idiosyncrasiques du coryza ne peuvent être reconnues que par les sujets eux-mêmes, qui devront les remarquer pour les éviter.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Coryza des adultes. Adoucissants ; légers sudorifiques ; dérivatifs ; onctions émollientes, opiacées ; se préserver du froid ; régime léger ; *traitements* de M. Williams, de M. Teissier (de Lyon), de M. Pretty.

Coryza des nouveaux-nés. Les moyens précédents ; plus, dans les cas très graves, légères émissions sanguines ; lotions émollientes ; minoratifs ; révulsifs ; faire boire à la cuiller ; *trachéotomie?*

APPENDICE.

Les anciens employaient des traitements toujours compliqués, même pour les maladies légères. L'histoire du coryza en fournit la preuve. Je n'ai pas voulu faire

entrer dans l'article qui précède les moyens variés qui ont été recommandés dans les siècles précédents, parce qu'il n'est pas bien démontré qu'ils aient été réellement utiles (1). Je me contenterai d'emprunter comme exemple, à trois auteurs cités par Bonet, leurs formules de mixture, de fumigation et de cataplasme, qui formeront la prescription suivante :

VI° Ordonnance.

1° Pour boisson, une infusion théiforme chaude et dissolvante (Sauvages).

2° ♃ Eau de fumeterre... } de fenouil..... }	àà 60 gram.	Huile de girofle........	3	gout.
		Bézoard minéral.......	2	gram.
Thériaque simple....	30 gram.	Laudanum...........	0,1	gram.
Ammoniaque liquide.	20 gout.	Sirop de pavot........	30	gram.

Mêlez.

A prendre à la dose de deux cuillerées, pour favoriser les sueurs. (*Fr. Sylvius*, l. I, cap. XLI).

3° ♃ Succin.............. } Gomme animé........ }	àà 8 gram.	Mastic................	4	gram.
		Benjoin................	8	gram.
Encens...............	4 gram.			

M. Réduisez en poudre ; projetez-en deux ou trois pincées sur des charbons ardents ou sur un fer rouge, et aspirez la fumée par les fosses nasales. (*Etmuller* ; c'est à la gomme animé que cet auteur attribue principalement la vertu de la fumigation).

4° Inspirer plusieurs fois par jour du lait chaud (Sauvages).

5° Faites bouillir des feuilles de sabine, et appliquez-les sur le nez sous la forme d'un cataplasme qui doit avoir un assez haut degré de chaleur (*Petrus Bayrus :* ce médecin affirme que ce topique *enlève le coryza sur-le-champ*, ce serait là un succès tout autrement beau que ceux du docteur Williams).

Il est inutile de dire que dans l'exposition du traitement ces auteurs n'ont tenu aucun compte de l'état d'acuité ou de chronicité du coryza, négligence qui n'a été que trop imitée par les modernes. C'est aux praticiens à voir ce qu'ils pourront faire de ces moyens, qui n'ont pas de danger réel, mais dont l'efficacité peut paraître douteuse.

ARTICLE III.

CORYZA CHRONIQUE (*rhinite chronique*).

Le coryza chronique, étant une affection très incommode et difficile à guérir, a dû nécessairement fixer l'attention des médecins. Aussi pourrai-je avoir recours, pour ma description, à des observations assez nombreuses, ressource qui me manquait entièrement pour la description du coryza aigu. J'en userai avec d'autant

(1) Je n'ai pas néanmoins cru devoir entièrement proscrire les médications anciennes par ce seul motif que les formules en sont surchargées de substances qui nous paraissent réunies presque au hasard. Pouvons-nous toujours reconnaître quelle est dans ce mélange la substance réellement utile? Et quand nous le pouvons, nous est-il permis d'affirmer que ces substances n'acquièrent pas leur efficacité de leur réunion elle-même? Le traitement, dit de la Charité, dont les effets sont si heureux et si prompts, est un des plus compliqués que nous aient laissés les anciens. L'a-t-on perfectionné en le simplifiant et en ne mettant exclusivement en usage que les substances calmantes ou purgatives? Non, on peut le dire hardiment, jusqu'à ce que l'on ait eu recours à l'huile de croton tiglium. Ainsi donc, tout en y mettant une grande réserve, je me garderai bien de rejeter complétement les anciennes formules, dont quelques unes, sagement expérimentées, pourront rendre service à la pratique.

plus d'empressement, que, dans les articles généraux, cette forme de l'inflammation de la membrane pituitaire a été superficiellement étudiée.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Dans ces derniers temps, on a cherché à établir une distinction entre le coryza chronique et le flux nasal, auquel on a donné le nom de *rhinorrhée ;* mais en parcourant les observations, il m'a paru impossible de donner pour base à cette division des faits positifs. Ainsi les auteurs se sont fondés, pour l'établir, sur ce que, dans la rhinorrhée, toute la maladie consiste dans un écoulement de mucosité limpide par le nez, sans aucun symptôme inflammatoire, tandis que, dans le coryza, l'écoulement d'un mucus de consistance, de couleur variable, et plus ou moins altéré, s'accompagne d'un petit nombre de symptômes propres à l'état aigu. Je suis loin de nier qu'il puisse exister un flux nasal non inflammatoire, et j'avoue que quelques faits m'ont paru de cette nature. Mais malheureusement les détails manquent ; d'une part, on n'est pas sûr, en lisant les observations, que tous les symptômes inflammatoires aient manqué dans les phlegmatorrhagies nasales, et, de l'autre, il n'est pas toujours fait mention, à beaucoup près, de l'existence de ces symptômes dans des coryzas où la matière de l'écoulement était du mucus consistant et plus ou moins altéré. La preuve que la ligne de démarcation entre ces deux maladies est loin d'être tracée, c'est que le même fait a pu être placé par les uns dans les rhinorrhées, et par les autres dans les coryzas chroniques. C'est ce qui est arrivé pour une observation citée par Morgagni (1); et cet exemple est bien propre à nous prouver combien ces deux états morbides ont d'affinité, puisque, chez la femme qui fait le sujet de cette observation, c'est après une assez longue durée d'un coryza chronique aussi bien caractérisé qu'on puisse le désirer, que l'écoulement abondant d'un liquide limpide, sans autre symptôme notable, se manifesta peu à peu.

Ainsi donc, en attendant que l'observation ait mieux établi les limites qui séparent le coryza chronique d'une simple rhinorrhée, je les réunis sous la même dénomination, et cela avec d'autant moins de scrupule, que, sous le rapport pratique, la distinction est médiocrement utile, puisque le même traitement leur est applicable.

Les noms d'*enchifrènement*, de *catarrhe nasal*, de *flux nasal* ont été plus particulièrement donnés au coryza chronique. Sauvages décrit un *coryza phlegmatorrhagica*, qui n'est autre chose que le flux nasal qu'on a appelé, dans ces derniers temps, rhinorrhée ; il constitue sa seconde espèce.

Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de dire, même approximativement, quelle est la *fréquence* du coryza chronique ; on ne peut pas davantage savoir dans quelle proportion des cas il succède au coryza aigu. Ce sont autant de questions qui ne sauraient être résolues que par de nombreuses observations. On peut seulement dire, d'une manière générale, que cette maladie n'est pas très fréquente.

(1) *De sed. et causis morb.*, t. II, epist. XIV, 21, p. 119.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

S'il est difficile de trouver des causes prédisposantes au coryza aigu, il l'est bien plus encore de découvrir celles du coryza chronique ; non qu'il soit avéré que ces causes échappent à nos moyens d'investigation, mais parce que les observations sont restées presque toujours muettes sur ce point, et que, selon toutes les apparences, on a négligé de recueillir les renseignements nécessaires.

De tous les vices organiques indiqués comme prédisposant à cette maladie, le *vice scrofuleux* est le plus généralement admis, et de tous les âges, ce sont l'*enfance* et l'*adolescence* (où les scrofules se montrent le plus souvent) qui, suivant les auteurs, éprouvent le plus fréquemment le coryza chronique. Il n'y a sans doute rien que de très vraisemblable dans cette opinion ; mais en pathologie il faut se garder d'ajouter une foi aveugle aux opinions les plus vraisemblables, et, en pareil cas, c'est encore un appel à l'observation que nous devons faire.

Nous allons voir, dans le paragraphe suivant, que la *suppression d'une sueur habituelle des pieds* a produit dans plusieurs cas un coryza chronique ; les personnes qui sont sujettes à cette transpiration locale doivent donc se regarder comme prédisposées à cette affection. En est-il de même de tout autre *flux ancien*, ou de la *constipation*, ou de la *vie sédentaire?* Je cherche des faits, et je ne trouve que des opinions.

2° Causes occasionnelles.

Dans les cas où le coryza chronique ne succède pas au coryza aigu, quelles sont ses causes déterminantes? Suivant les auteurs, ce sont la *disparition d'un exanthème*, *d'un flux ancien* quelconque, et l'*action de vapeurs*, *de poudres irritantes* sur la membrane pituitaire. Mais d'après l'observation, parmi ces causes, il n'en est que deux dont l'action soit réellement constatée : la *suppression d'une sueur habituelle des pieds*, et l'*usage immodéré du tabac à priser.* Quant à la première, M. Mondière en a fourni des exemples (1), et l'un d'eux est surtout très remarquable par la promptitude avec laquelle l'apparition du coryza a suivi la suppression de la transpiration partielle, par la longue durée de la maladie, et par sa prompte disparition dès que la sueur des pieds a été rappelée. Le docteur Courmette a aussi observé un cas dans lequel la liaison entre le coryza et la suppression de la transpiration est peut-être encore plus marquée. Il s'agit d'une demoiselle qui présentait des sueurs âcres considérables et bornées aux pieds et à la main gauche ; toutes les fois que par une cause quelconque ces sueurs étaient supprimées, il survenait un écoulement de sérosité très âcre, et, chose remarquable, par la narine gauche seulement (2).

C'est en faisant abandonner l'usage du tabac à priser, qu'on s'est assuré qu'il était la cause occasionnelle du coryza chronique. Dans tous les cas, en effet, où il en était ainsi, l'inflammation de la pituitaire disparaissait rapidement dès que cette membrane cessait d'être en contact avec la poudre irritante. J'en ai vu un exemple

(1) *Mémoire sur la sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppression* (Journ. *l'Expérience*, 1838, n° 31, p. 489).

(2) *Anc. Journ. de méd.*, t. LXXXII, p. 46 ; Paris, 1790.

très remarquable chez une vieille femme qui avait l'habitude de prendre du tabac depuis plus de quarante ans ; à l'âge de soixante-cinq ans environ, il lui survint un coryza qui dura plusieurs mois, et qui se dissipa en quelques jours, dès que l'usage du tabac fut suspendu. Peu de temps après, ayant voulu reprendre ses anciennes habitudes, elle fut de nouveau affectée d'un coryza rebelle, qui céda de la même manière, et ne se reproduisit plus lorsque la femme eut entièrement renoncé au tabac. Il est inutile de dire que pour qu'une pareille cause agisse efficacement, il faut une prédisposition toute particulière, et dont la nature nous est entièrement inconnue.

§ III. — Symptômes.

Dans le coryza chronique, la *sensation douloureuse* qui résulte de l'inflammation de la pituitaire est très variable, et même elle peut manquer tout à fait. Souvent il n'existe qu'un sentiment de gêne et d'obstruction des fosses nasales, avec pesanteur vers la racine du nez ; dans quelques cas, les malades éprouvent des picotements et un peu d'ardeur ; mais, à moins qu'il ne survienne une exacerbation et que la maladie n'acquière momentanément un certain degré d'acuité, jamais la douleur n'est aussi vive que dans le coryza aigu.

Une augmentation notable de la *sécrétion nasale* est assurément le symptôme le plus saillant ; mais la quantité et la qualité du produit sécrété sont extrêmement variables. Dans le plus grand nombre des coryzas chroniques, il y a un écoulement de mucus plus ou moins séreux, ayant un certain degré d'âcreté, et déterminant par son passage la rougeur des narines ; c'est alors principalement qu'ont lieu l'ardeur des fosses nasales, les picotements et les éternuments répétés.

Dans d'autres cas, le mucus est plus épais, jaune ou verdâtre, ou même gris ardoisé, et il existe une tension, une pesanteur vers la racine du nez, avec enchifrènement, ou avec une sensation constante de gêne dans les narines ; il y a simplement alors excrétion de petits fragments de mucus concret, difficiles à détacher, et que souvent le malade est obligé d'attirer dans la gorge par de fortes aspirations, pour les rejeter ensuite en crachant.

Enfin, et c'est là le coryza auquel on a donné le nom de rhinorrhée, l'écoulement est purement séreux ; il n'a pas d'âcreté, ne détermine ni picotements, ni tension, ni rougeur, et constitue à lui seul toute la maladie. Tel était le flux nasal dont Sauvages fut lui-même affecté. Cet auteur rapporte (1) que deux fois dans la nuit il lui survint, sans aucun symptôme de catarrhe, un écoulement par le nez d'*une humeur limpide*, *lymphatique*, *abondante*, et, ajoute-t-il, *semblable à celle qui s'écoule pendant un froid intense*, *surtout chez les vieillards.* Il n'y avait, avec cet écoulement, aucun autre symptôme.

L'*odeur* du mucus excrété peut, dans quelques cas, être insupportable ; le coryza constitue alors la maladie qui autrefois portait le nom de *fœtor narium*, *dysodia*, et que plus tard on a appelée *punaisie*, *odeur de punais.* Dans ces derniers temps, quelques auteurs ont voulu faire de cette espèce de coryza un véritable ozène ; mais ils ont oublié que le mot *ozène*, bien qu'il n'ait été imposé à la maladie que pour désigner la mauvaise odeur du mucus excrété, n'a cependant été donné qu'à la *dysodie* qui s'accompagne d'ulcérations de la membrane pituitaire.

(1) *Nosol.*, t. II, p. 376.

Le coryza chronique, quelle que soit la puanteur qui s'exhale des fosses nasales, ne change réellement pas de nature; car l'odeur du mucus excrété n'est qu'une circonstance tout à fait accessoire. Mais, dans les cas où cette odeur se manifeste, est-il prouvé qu'il n'existe aucune ulcération de la pituitaire? Je me bornerai à dire que, malgré une exploration attentive, on n'a pu en découvrir aucune dans des cas cités par MM. J.-J. Cazenave (de Bordeaux) et Trousseau; à l'article *Diagnostic*, j'entrerai dans une discussion plus étendue à ce sujet. L'odeur de punais est très fétide, insupportable; elle rend la maladie beaucoup plus sérieuse.

La *quantité* de mucus excrété est, comme je l'ai déjà dit, très variable. Chez les uns, en effet, le produit de la sécrétion est si peu abondant qu'il se concrète sur les parois des fosses nasales, et forme des croûtes ou des pelotons irréguliers qui ne peuvent être expulsés qu'en se mouchant avec effort, ou par un *reniflement* prolongé; chez les autres, au contraire, le liquide, limpide et transparent comme du sérum, s'écoule goutte à goutte et sans interruption, de sorte que la perte peut être assez considérable pour déterminer un dépérissement général. C'est ce qui avait lieu chez la femme vénitienne observée par Morgagni (1); elle perdait une demi-once de mucus nasal toutes les heures. Au bout d'un certain temps, cette femme *commençait à s'exténuer*, lorsqu'elle se présenta à Morgagni. C'est dans les cas regardés comme des rhinorrhées qu'a lieu cette excrétion si abondante. Règle générale : plus le mucus excrété est épais, moins il est abondant. Lorsque le malade est couché sur le dos, l'écoulement a lieu par l'ouverture postérieure des fosses nasales, et le mucus tombe dans le pharynx, d'où il est rejeté par l'expuition.

Le *goût* de la matière de l'écoulement est quelquefois salé, surtout quand il est limpide; parfois il est nauséabond; quelquefois aussi, mais très rarement, le mucus est insipide.

Le coryza chronique, sauf l'amaigrissement et l'affaiblissement dont il vient d'être parlé, et qui n'ont été observés que rarement, ne s'accompagne *pas de symptômes généraux*, excepté aux époques des exacerbations qu'on observe dans la plupart des cas, et où la maladie revient momentanément à l'état aigu, dont elle présente alors tous les symptômes.

Une remarque faite par M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux), c'est que les sujets affectés de coryza chronique, même très léger, *n'ont pas la voix pure*, et se fatiguent promptement en parlant et en chantant. Au bout d'un temps très court, les sons deviennent aigres et criards, et des picotements incommodes qui excitent la toux se font sentir dans la gorge.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche du coryza chronique est presque toujours très lente. Cette affection *débute* ordinairement par des symptômes de coryza aigu, et c'est au moment où une amélioration marquée dans les symptômes peut faire croire à une guérison prochaine, que commence véritablement le coryza chronique. La maladie, une fois établie, est sujette à des *exacerbations* plus ou moins fréquentes, et dont la durée peut être plus longue que celle d'un coryza aigu ordinaire; on en voit des exemples dans les observations citées par les auteurs, et principalement dans la

(1) *De sed. et causis morborum*, epist. XIV; § 21, p. 119, t. II.

CXIV[e] observation de Wepfer (1). Pendant les exacerbations, qui quelquefois duraient plusieurs semaines, les symptômes étaient très violents; le malade ne pouvait ni lire, ni écrire, ni supporter la lumière; il éprouvait une chaleur intense et une tension extrême dans la tête, etc.

La *durée* de la maladie est illimitée. On a cité des exemples qui prouvent qu'elle peut se prolonger pendant toute la vie des malades. En général, si un traitement efficace, ou la suppression de la cause productrice, ne viennent y mettre un terme, le coryza chronique n'a aucune tendance à guérir. Dans quelques cas, au contraire, après avoir employé sans succès un grand nombre de moyens thérapeutiques, on a vu la maladie, livrée à elle-même, diminuer d'abord peu à peu, puis disparaître complétement, sans qu'on ait pu en découvrir la cause. Ce fut le cas de la malade examinée par Morgagni, et dont l'observation a été répétée partout.

Cependant, malgré cette longue durée, et quels que soient les signes de dépérissement qui se sont manifestés chez certains sujets, on n'a cité aucun cas de *terminaison* funeste du coryza chronique.

§ V. — Lésions anatomiques.

Celles qui ont été trouvées après la mort, comme celles qu'on peut observer sur le vivant, par l'inspection attentive des fosses nasales, ne diffèrent pas sensiblement des lésions observées dans le coryza aigu, du moins d'après la description qu'on en trouve dans les auteurs. La *couleur* seule de la muqueuse épaissie et ramollie se montre ordinairement un peu différente. C'est, en effet, dans les cas où le coryza a duré longtemps qu'on a trouvé les taches ardoisées qui sont les traces d'une inflammation ancienne, et qui donnent à la muqueuse un aspect marbré.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le *diagnostic* du coryza chronique consiste uniquement à distinguer cette affection des autres maladies également chroniques qui peuvent affecter les fosses nasales. Je me bornerai donc à rechercher les différences qui existent entre le coryza chronique, l'impétigo des narines, le coryza ulcéreux ou ozène, les polypes et le cancer des fosses nasales.

1° L'*impétigo* peut être borné aux narines, et souvent alors il détermine, dans ses attaques successives, la plupart des phénomènes du coryza. Le nez devient douloureux, il offre de la tension et de la rougeur, la sécrétion du mucus est augmentée, il y a une certaine difficulté de respirer, des picotements, des éternuments; puis se forment des croûtes noirâtres qui obstruent l'ouverture antérieure des fosses nasales. Comment donc distinguer cette maladie d'un coryza? En suivant avec attention la marche de la maladie, on voit que, dans les intervalles des éruptions, la partie affectée prend parfois un aspect bien meilleur que dans le coryza. Au début de l'éruption, on peut distinguer les pustules saillantes de l'impétigo; et enfin ces croûtes dont je viens de parler sont trop remarquables par leur épaisseur, leur abondance, leur ténacité, pour appartenir à une inflammation simple de la muqueuse. Je sais bien que plusieurs auteurs ont fait de la formation de ces croûtes un symptôme ordinaire du coryza; mais en examinant les observa-

(1) *Observ. medic. practicæ*; *De affect. capitis*, Schaphusii, 1727.

tions, on est bientôt convaincu qu'il y a eu de la part de ces auteurs erreur de diagnostic, ou du moins confusion de deux maladies distinctes.

2° Lorsqu'il n'existe aucune fétidité dans le coryza, on ne saurait le confondre avec l'*ozène* proprement dit (rhinite ulcéreuse, syphilitique ou non), qui a pour caractère l'odeur de punais exhalée par les narines. Mais de ce que cette fétidité existe, il n'en faut pas conclure qu'il y ait des ulcérations dans les fosses nasales. J'ai dit, en effet, que MM. Cazenave et Trousseau avaient cité des cas de punaisie où rien ne prouvait l'existence des ulcères. On peut se demander, il est vrai, si nos moyens d'exploration sont suffisants, et si l'on peut s'assurer, dans quelque cas que ce soit, qu'il n'y a pas un ou plusieurs de ces ulcères hors de la portée de la vue. C'est là une question insoluble dans l'état actuel de la science, et par conséquent il est impossible de se prononcer sans restriction sur ce point particulier de diagnostic. Aussi n'ai-je admis le coryza simple chronique, avec fétidité de l'haleine nasale, que provisoirement, et parce que rien ne démontre qu'il n'existe pas. C'est à l'observation à prononcer. Quoi qu'il en soit, on ne peut guère acquérir quelques notions positives sur la présence ou l'absence des ulcérations dans la *punaisie* que par l'inspection directe ou à l'aide du crochet mousse, comme le fait M. Cazenave. La couleur, la consistance du mucus, la présence de quelques filets de sang dans les matières excrétées, ne sont pas des signes sur lesquels on puisse compter. Un seul, lorsqu'il se manifeste, ce qui n'a guère lieu que dans l'ozène syphilitique, permet de porter un diagnostic sûr sans le secours de l'inspection des cavités nasales : c'est l'affaissement des os propres du nez, leur crépitation, et leur expulsion par portions nécrosées. Lors donc que ces derniers symptômes n'existeront pas, il faudra recourir à l'examen des fosses nasales, suivant le procédé de M. Cazenave (de Bordeaux), procédé que je décrirai à l'occasion de l'ozène proprement dit. (*Voy.* plus loin l'article *Coryza ulcéreux.*)

3° Lorsque *les polypes et le cancer des fosses nasales* ont fait de grands progrès, il est facile de les reconnaître ; mais dans les premiers temps, il n'en est pas de même. Ces affections, en effet, peuvent commencer par de l'enchifrènement, un embarras marqué dans la respiration, un écoulement muqueux variable, en un mot par tous les signes de l'inflammation chronique. Comment alors les distinguer ? Pour les polypes, une obstruction des fosses nasales, augmentant dans les temps humides, ou lorsqu'il y a une congestion sanguine vers la tête, et souvent des saignements de nez d'une abondance variable, sont les signes distinctifs, tant que la vue et le toucher ne peuvent pas faire reconnaître l'existence du corps étranger. Pour le cancer, ces signes consistent dans une tuméfaction du nez, une rougeur plus ou moins étendue de la peau qui le recouvre, et des douleurs beaucoup plus vives que dans le coryza. La destruction d'une partie du nez ne tarde pas, dans ces derniers cas, à venir confirmer le diagnostic. Au reste, cette partie de l'histoire du coryza chronique, comme presque toutes les autres, a encore grand besoin d'être éclairée par l'observation exacte et méthodique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du coryza chronique simple et de l'impétigo des narines.*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.	IMPÉTIGO DES NARINES.
Inflammation continue, ou du moins persistance des symptômes à un degré notable dans *l'intervalle des exacerbations*.	Parfois guérison apparente dans *l'intervalle des éruptions*.
Pas de pustules au début des exacerbations.	*Pustules d'impétigo*, surtout au début des éruptions.
Point de *croûtes*. (On ne doit pas confondre le mucus concret avec de véritables croûtes.)	*Croûtes* épaisses obstruant les narines.

2° *Signes distinctifs du coryza chronique simple, avec fétidité ou odeur de punais et du coryza ulcéreux (ozène non syphilitique).*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.	CORYZA ULCÉREUX NON SYPHILITIQUE.
Mucus rarement teint de sang. (Signe douteux.)	Quelques filets de sang dans le *mucus*. (Signe douteux.)
Inspection; on n'aperçoit aucune *ulcération*.	*Inspection; ulcérations* de profondeur et d'étendue variables sur la pituitaire.
Le crochet mousse, étant introduit dans les fosses nasales, peut être promené dans tous les sens, *sans être arrêté par les bords d'une ulcération*.	L'extrémité du crochet mousse *est arrêtée par le bord saillant ou décollée d'une ou de plusieurs ulcérations*.

Ces deux derniers signes, lorsqu'ils sont positifs, ne laissent aucun doute ; mais lorsqu'ils sont négatifs, il n'est pas parfaitement prouvé que le coryza soit simple, quoiqu'on ait bien des motifs de le croire. D'où il suit que le diagnostic du coryza chronique simple avec fétidité et du coryza ulcéreux n'est point positif, dans toute la rigueur du mot.

Lorsque la fétidité n'existe pas, il n'y a pas de doute, le coryza est simple.

3° *Signes distinctifs du coryza chronique avec fétidité et du coryza ulcéreux syphilitique (ozène syphilitique).*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE AVEC FÉTIDITÉ.	CORYZA ULCÉREUX SYPHILITIQUE. (OZÈNE SYPHILITIQUE.)
Inspection, ut suprà.	*Inspection*, ut suprà.
Le nez conserve *sa forme*.	Nez *déformé;* déprimé vers la racine.
Pas de *crépitation*.	*Crépitation* des os propres du nez.
Point de débris d'os dans le mucus.	*Portions d'os nécrosés* rendues avec le mucus.
Antécédents; absence de symptômes vénériens primitifs. (Douteux.)	*Antécédents;* symptômes vénériens primitifs.
Pas d'autres *symptômes syphilitiques*.	Existence d'autres *symptômes de syphilis constitutionnelle*, tels que syphilides, ulcères, etc.

4° *Signes distinctifs du coryza simple chronique et des polypes commençants.*

CORYZA SIMPLE CHRONIQUE.	POLYPES.
Simple *enchifrènement*, diminuant souvent après l'expulsion de masses de mucus concret.	*Obstruction* des fosses nasales, ne diminuant pas par l'expulsion du mucus; augmentant dans les temps humides et lorsqu'il y a congestion sanguine à la tête.

Plus tard, l'exploration lève toutes les difficultés.

5° *Signes distinctifs du coryza simple chronique et du cancer commençant des fosses nasales.*

CORYZA SIMPLE CHRONIQUE.	CANCER COMMENÇANT.
Tuméfaction du nez nulle ou très médiocre.	*Tuméfaction* plus ou moins considérable du nez dans toute son étendue ou dans une partie seulement.
Rougeur de la totalité ou d'une partie de la peau qui recouvre le nez.	Pas de *rougeur* de la peau du nez, si ce n'est, dans quelques cas, à l'ouverture des narines.
Douleur nulle ou médiocre.	*Douleurs* quelquefois intenses.

Plus tard, la destruction du nez, dans le cancer, vient lever tous les doutes.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit de la terminaison de cette maladie, on peut juger que le pronostic n'est jamais très grave. Mais pouvons-nous reconnaître à quelque signe si la maladie sera rebelle à nos moyens de traitement, et si le mucus, d'abord inodore, ou n'ayant qu'une faible odeur fade, a de la tendance à devenir fétide ? L'inflammation d'abord simple de la pituitaire peut-elle prendre un mauvais caractère et devenir ulcéreuse ? Il vaut mieux avouer notre ignorance sur tous ces points que de nous exposer à émettre de fausses assertions, car l'observation nous fait complétement défaut.

§ VII. — Traitement.

TRAITEMENT DU CORYZA CAUSÉ PAR DES CAUSES SPÉCIALES.

Lorsqu'il est devenu évident que le coryza a passé à l'état chronique, lorsqu'on est bien sûr qu'il ne s'agit pas de plusieurs atteintes successives de coryza aigu, on doit avant tout rechercher si la maladie n'est pas due à une cause appréciable. Si, en effet, une de ces causes, comme la disparition de la transpiration des pieds, ou l'usage immodéré du tabac, était bien constatée, il serait inutile de recourir à un autre traitement qu'à la suppression de la cause elle-même. Ainsi, si l'on avait lieu de soupçonner que *l'action du tabac* a déterminé et entretient l'inflammation chronique de la pituitaire, il suffirait d'en prohiber l'usage, et d'employer quelques lotions émollientes, pour voir l'écoulement, et avec lui tous les autres symptômes, disparaître en peu de jours.

S'il s'agit d'une *suppression de la transpiration des pieds*, on mettra en usage le traitement suivant, qui a réussi constamment entre les mains de M. Mondière (*loc. cit.*) :

Ire Ordonnance.

CORYZA CAUSÉ PAR LA SUPPRESSION D'UNE TRANSPIRATION HABITUELLE DES PIEDS.

TRAITEMENT DE M. MONDIÈRE.

1° Le malade couvrira ses pieds avec d'épaisses chaussettes de laine, par-dessus lesquelles il mettra des chaussettes de taffetas gommé, doublées à l'extérieur de calicot, afin de leur donner plus de solidité. (Par ce moyen simple, on rétablit la transpiration, qui est quelquefois si abondante, que M. Mondière a vu des malades être obligés de changer cinq ou six fois par jour leurs chaussons de laine, pour maintenir la transpiration.)

2° Si ce moyen ne suffit pas, on fera prendre, le soir, au malade, des bains de pied de sable chaud, de la manière suivante :

Faites recouvrir de plusieurs doubles d'étoffe de laine les pieds et le bas des jambes du malade, et, ces parties étant introduites dans un baquet, remplissez-le de sable aussi chaud qu'on pourra le supporter.

Ces bains doivent être prolongés d'une demi-heure à une heure. Immédiatement après le bain, recouvrir les pieds avec la chaussure ci-dessus indiquée.

3° Se couvrir le corps de flanelle ; éviter le froid et l'humidité.

Dans un cas fort remarquable cité par M. Mondière (obs. VIII), il a fallu *six bains* de sable chaud pour rappeler la transpiration des pieds et faire cesser un coryza qui durait *depuis douze ans.*

Dans le cas où l'on pourrait croire que la maladie est due à la *suppression d'un autre flux*, il faudrait employer des moyens appropriés, que je ne crois pas devoir indiquer ici.

TRAITEMENT DU CORYZA CHRONIQUE OFFRANT QUELQUES RESTES D'ACUITÉ.

Dans le cas où il n'existerait aucune cause appréciable, il faudrait rechercher si le coryza ne présente pas quelques symptômes d'acuité, car c'est par eux qu'on devrait commencer le traitement. De simples émollients, quelques minoratifs, de légers sudorifiques, et des rubéfiants portés sur les extrémités, sont les moyens généralement usités. Il suffit de les grouper dans la prescription suivante :

II° Ordonnance.

CORYZA CHRONIQUE OFFRANT QUELQUES SYMPTOMES DE L'ÉTAT AIGU.

1° Pour tisane : Infusion de fleurs d'œillet édulcorée avec le miel de sureau.

2° Huit ou dix fois par jour, aspirer par les narines du lait tiède, coupé avec moitié d'eau (Sauvages), ou bien faire, matin et soir, une fumigation émolliente ou balsamique (Martin-Solon).

3° Un minoratif ; le suivant, par exemple :

℞ Séné................ 30 gram. | Eau bouillante......... 240 gram.

Passez au bout d'une demi-heure, et ajoutez :

Manne.. 30 gram.

Faites dissoudre.

A prendre en deux fois, le matin à jeun, à une demi-heure d'intervalle.

4° Un pédiluve sinapisé tous les soirs ; le malade devra y rester vingt minutes.

5° Se couvrir le corps de flanelle ; éviter le froid et l'humidité. S'abstenir de mets épicés et de liqueurs fortes.

Il est impossible de dire d'une manière absolue quelle est l'efficacité de ce traitement, des études suffisantes n'ayant pas été faites à ce sujet. Dans la plupart des observations que nous possédons, il a été employé sans succès ; mais faut-il en conclure qu'il a presque toujours échoué ? Non sans doute, et par une raison bien simple : les auteurs, lorsqu'ils ont cité des observations, ne l'ont guère fait que pour prôner un traitement particulier, et pour cela, ils ont choisi les cas où, les moyens ordinaires ayant été inutiles, leur nouveau moyen a réussi. Quant aux cas où le traitement ordinaire a eu du succès, il n'en est pas fait mention.

Si la prescription précédente restait sans effet, on pourrait recourir à des moyens à peu près semblables, mais un peu plus énergiques; d'où l'ordonnance suivante :

IIIe Ordonnance.

1° Pour tisane, infusion de violettes à boire chaude et par grandes tasses.

2° Exposer, deux fois par jour, les fosses nasales à la vapeur du vinaigre projeté sur un fer rouge (Etmuller; c'est surtout lorsque le mucus est très épais que cette fumigation doit être employée).

3° Appliquer un vésicatoire ou un cautère à la nuque (Wepfer).

4° Le soir, cataplasmes sinapisés aux deux jambes.

5° Deux ou trois fois par jour, faire usage du masticatoire suivant :

℞ Racine de pyrèthre.......	4 gram.	Mastic..................	4 gram.

Pour trois mastications. Il faut recommander aux malades de mâcher continuellement ces substances, pendant un quart d'heure environ, en ayant bien soin de rejeter la salive qu'elles font affluer dans la bouche.

6° Précautions hygiéniques comme dans la prescription précédente.

L'usage du *masticatoire* a été conseillé pour opérer une dérivation puissante sur la muqueuse buccale, et pour ouvrir une autre voie au liquide qui s'écoule en abondance par le nez; c'est pour remplir les mêmes indications que l'emploi du *tabac à fumer* a été prescrit. « L'un de nous, disent les auteurs de l'article *Coryza* du *Dictionnaire de médecine*, a, dans un cas de coryza intense et rebelle à tous les autres moyens, conseillé avec succès l'usage journalier de la pipe à tabac. »

M. Martin-Solon (1) conseille les *fumigations balsamiques ;* mais la plupart des cas sont trop graves pour céder à une pareille médication. Tout ce qu'on peut en attendre, c'est un peu de soulagement de quelques symptômes.

Avant de passer au traitement topide proprement dit, il me paraît utile de faire connaître une *poudre sternutatoire* employée par le docteur Schneider, de Fulde (2), et qui réussit dans un cas où l'expiration de l'air par le nez était si fétide que la présence du malade était insupportable dans un salon. Voici sa composition :

℞ Camphre..........	0,40 gram.	Germandrée maritime....	0,30 gram.
Résine de gayac........	0,50 gram.	Sucre blanc.............	0,30 gram.

M. et F. une poudre parfaitement homogène et très ténue.

Le malade s'en servit en guise de tabac, et, au bout de quinze jours, il était parfaitement guéri.

TRAITEMENT PAR LES TOPIQUES.

Dans ces derniers temps, où le traitement des inflammations des muqueuses par les topiques a été si fréquemment employé, on n'a pas négligé de l'appliquer à la muqueuse nasale. MM. Cazenave et Trousseau ont surtout préconisé l'efficacité de ces moyens, et ont fourni, pour preuve, des observations assez nombreuses. Voyons d'abord la manière dont M. Trousseau traite le coryza chronique.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834.

(2) *Casper's Wochenschrift*, extrait dans le *Journ. des conn. méd. chir.*, septembre 1841.

« Les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse olfactive accompagnaient, dit-il, suivaient ou précédaient si souvent celles de la peau; *on les voyait si fréquemment débuter par une maladie cutanée*, qui d'abord occupait la lèvre supérieure ou l'ouverture antérieure du nez, pour pénétrer ensuite au dedans, que je dus penser tout d'abord à leur opposer les mêmes moyens thérapeutiques que ceux dont l'efficacité avait été si souvent constatée dans le traitement des maladies de la peau (1). »

Ces premières considérations nous font d'abord connaître une circonstance fâcheuse, c'est que plusieurs maladies différentes ont été confondues. On a vu, à l'occasion du diagnostic de l'impétigo et du coryza chronique, que, bien qu'il y ait dans ces deux maladies des symptômes communs, il existe cependant des différences notables; or, comme il est évident, d'après les paroles de M. Trousseau, que les affections de la peau, propagées à la muqueuse nasale, ont été prises par lui, ainsi que par presque tous les auteurs, pour des coryzas, il s'ensuit que le traitement a été appliqué à des maladies diverses, ce qui nous empêche de connaître positivement l'efficacité de ce traitement, dans le coryza en particulier. Voici les moyens recommandés par M. Trousseau :

TRAITEMENT DE M. TROUSSEAU.

Voulant combattre principalement la maladie de la peau, c'est au mercure que ce médecin a d'abord recours. Il emploie une poudre et une solution. La poudre est ainsi composée :

Poudre mercurielle.

℞ Protochlorure de mercure (précipité blanc)............. 1,20 gram.	Oxyde rouge de mercure..... 0,60 gram.
	Sucre candi en poudre....... 16,00 gram.

M. exactement.

Chez les enfants, le médecin ou la personne chargée de donner des soins au petit malade insufflera la poudre à l'aide d'un tube; les adultes l'aspireront eux-mêmes. L'insufflation ou l'aspiration doit avoir lieu six ou huit fois par jour, après que les fosses nasales ont été débarrassées, à l'aide de lotions, des mucosités concrètes qui les tapissent. Une pincée de la poudre est suffisante pour chaque aspiration.

« Il est assez ordinaire, ajoute M. Trousseau, que la poudre entraînée par » l'inspiration, soit portée dans l'arrière-gorge, mêlée aux mucosités qui y arrivent » lentement et successivement. Si les malades avalaient ces mucosités, il pourrait » en résulter d'assez graves inconvénients : des nausées, des coliques, de la diar» rhée, et, ce qui est bien pis, la salivation mercurielle. Je n'ai jamais vu ces acci» dents se produire, parce que j'ai constamment recommandé aux personnes sou» mises à ce traitement de rejeter par l'expuition le mucus qui tombait dans la » gorge. » Cette sage recommandation ne devra jamais être omise par le praticien.

Si la poudre ne produit pas des effets satisfaisants, on aura recours à la solution dont voici la formule :

(1) *Nouveau traitement de la Punaisie* (*ozène*) *et du Coryza chronique* (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, t. II, p. 294 ; mai 1835).

Solution de sublimé.

℞ Deutochlorure de mercure........................... 8 gram.

Faites dissoudre dans

Alcool rectifié.. Q. S.

Ajoutez.

Eau distillée.. 380 gram.

Il faut bien se garder d'employer cette solution pure ; elle déterminerait des accidents fort graves ; ainsi l'on mettra :

De la solution précédente une ou deux cuillerées à café,

Dans :

Eau chaude... un verre.

Pour deux aspirations, ou mieux deux injections par jour.

Cette dose, indiquée par M. Trousseau, est néanmoins un peu modifiée, dans un autre passage de son article, car il dit : « On commence par une très faible dose, et à mesure que diminue la susceptibilité de la membrane olfactive, on augmente la dose proportionnelle du sublimé, de manière à provoquer toujours une légère cuisson et un peu de larmoiement. Lorsque le mal semble être guéri, on diminue progressivement la quantité du sublimé, et l'on arrive insensiblement jusqu'à ne plus faire que des injections d'eau pure chaude. »

Doses. — Cette dernière manière de doser le médicament est la plus prudente : c'est pourquoi on commencera par *un quart de cuillerée à café*, et ainsi de suite, toujours dans la même quantité d'eau : *un verre.* Il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de deux cuillerées à café, cette quantité ayant toujours une action marquée.

Pour prévenir les récidives qui, suivant M. Trousseau, sont faciles, principalement en hiver par les vents secs et froids, et chez les femmes au moment de l'époque menstruelle, cet auteur prescrit l'usage de la poudre mercurielle, trois ou quatre jours par mois, pendant cinq ou six mois.

Le défaut de diagnostic précis empêche, comme je l'ai dit plus haut, de savoir positivement à quoi s'en tenir sur l'efficacité réelle de ces moyens. Cependant M. Trousseau cite quelques cas où, bien qu'il existât une fétidité marquée, rien ne prouvait qu'on eût affaire à une autre maladie qu'à un coryza simple, et où le succès fut complet ; mais M. Cazenave en cite aussi quelques uns où ce traitement a échoué, en sorte que tout ce qu'il est permis de dire, en l'absence de recherches plus positives, c'est que, dans certains cas indéterminés, le traitement précédent a très bien réussi.

Avant M. Trousseau, M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) s'était occupé particulièrement du coryza chronique et de l'ozène. Le traitement qu'il a appliqué à ces deux affections est identiquement le même, en sorte que je crois devoir en renvoyer la description à l'article *Coryza ulcéreux ou ozène.* Je dirai seulement ici que, dans les cas où les moyens de M. Trousseau avaient été inutilement employés, M. Cazenave a obtenu une guérison complète à l'aide de la *cautérisation par le nitrate d'argent sec*, qui forme la base de son traitement. Aussi M. Trousseau lui-même dit-il qu'aussitôt qu'on aura lieu de penser que les injections ou les insufflations de

poudre mercurielle n'ont point sur la maladie l'action qu'on devait en attendre, il faut recourir à la cautérisation telle qu'elle est pratiquée par M. Cazenave.

Toutefois il est des cas où la cautérisation doit être pratiquée d'une manière particulière. Tel était celui qu'a fait connaître M. le docteur Lalanne (1). Le mal s'étendait, d'une part, aux conduits nasaux, aux muqueuses palpébrales, et de l'autre au voile du palais et à l'isthme du gosier. M. Lalanne dut porter sur les parties malades un caustique liquide, à l'aide de petits instruments de bois enveloppés de linges à leur extrémité, et s'appropriant par leur forme aux points qu'il fallait atteindre. Les caustiques employés étaient : 1° le *nitrate d'argent* (30 à 40 centigrammes dans dix ou vingt gouttes d'eau) ; cette solution servait pendant deux ou trois séances faites à deux ou trois jours d'intervalle ; 2° l'*acide nitrique* (6 à 8 gouttes unies à 20 gouttes de miel rosat), caustique qu'on substituait au précédent ; 3° puis on employait l'*acide sulfurique* à la même dose et de la même manière que l'acide nitrique, et ensuite on recommençait. La guérison fut obtenue en trois mois.

TRAITEMENT PAR LE POIVRE CUBÈBE UNI AU CARBONATE DE FER.

M. J. Black a cité (2) un exemple remarquable de guérison du coryza chronique par le poivre cubèbe. Il importe donc de donner quelques détails sur la manière dont le traitement a été dirigé. M. Black jugea d'abord à propos de combiner le cubèbe avec le carbonate de fer, et il fit la prescription suivante :

℞ Poivre cubèbe............	6 gram.	Carbonate de fer............	1,3 gram.

M. Divisez en trois paquets, à prendre, dans du pain enchanté, pendant la journée, à des distances égales.

Au bout de trois jours de ce traitement, les symptômes s'amendèrent beaucoup, l'écoulement nasal diminua, et la maladie marcha vers la guérison, non toutefois sans quelques légères rechutes. On diminua alors peu à peu la dose de la poudre. Au bout de quelque temps, une rechute ayant eu lieu, la maladie reprit sa première intensité.

TRAITEMENT PAR LE POIVRE DE CUBÈBE SEUL.

M. Black voulut savoir si c'était au poivre cubèbe ou au carbonate de fer qu'il fallait rapporter la suppression de l'écoulement. Le carbonate de fer, ayant d'abord été prescrit pendant une semaine, ne produisit aucun effet ; alors le poivre cubèbe fut employé seul, et eut une action remarquable. L'écoulement diminua immédiatement, et disparut au bout de quinze jours ; cinq mois après, il n'avait pas reparu. On continua l'administration du poivre cubèbe pendant quinze jours après la cessation de tous les symptômes.

Bien que cette expérience ait besoin d'être répétée pour qu'on puisse porter un jugement définitif, toujours est-il que ce qui a eu lieu dans ce cas intéressant doit engager les praticiens à recourir à ce moyen, lorsque l'écoulement est limpide et abondant, et ne peut pas être tari par les divers traitements indiqués plus haut.

L'action du cubèbe sur cet écoulement nasal assimile celui-ci à l'écoulement urétral chronique, à la blennorrhée. Il sera donc permis d'essayer quelques moyens

(1) *Anal. succ. de l'ouvr. de M. Cazenave*, etc.
(2) *The Lancet*, 1840.

qui réussissent dans cette dernière maladie. Ainsi l'on pourrait prescrire *le baume de copahu* et les *injections astringentes*. Mais ce n'est là qu'une indication que je donne en passant, afin que l'observation et l'expérimentation puissent nous éclairer plus tard.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Combattre les causes spéciales, s'il en existe; rappeler la transpiration habituelle des pieds, faire cesser l'usage du tabac à priser, etc.; 2° légers sudorifiques; émollients; minoratifs; rubéfiants aux extrémités; fumigations légèrement irritantes vers les fosses nasales; masticatoires irritants; sternutatoire du docteur Schneider; 3° médication topique proprement dite : poudres ou solutions mercurielles (Trousseau), cautérisation par le nitrate d'argent (Cazenave); 4° emploi du poivre cubèbe (Black), ou d'autres moyens propres à tarir, par voie indirecte, les écoulements muqueux.

APPENDICE.

Fétidité des narines; punaisie; dysodie (Sauvages).

Je crois devoir dire un mot de ce symptôme dans un article à part, parce que plusieurs auteurs en ont fait une maladie particulière et indépendante de toute inflammation et ulcération des fosses nasales, et aussi parce que, dans certains cas de punaisie, il est assez difficile de dire s'il existe ou non un coryza, soit simple, soit ulcéreux.

Dans les cas précédemment mentionnés, et dans ceux qui sont relatifs à des sujets adultes et bien conformés, nul doute que l'irritation hypercrinique ne fût la cause de la punaisie comme des autres symptômes; mais chez certains individus qui ont une mauvaise conformation des fosses nasales, chez les *camards*, ou chez les enfants dont la racine du nez est déprimée, une inflammation chronique de la pituitaire est-elle nécessaire pour la produire? Si l'on en croit Sauvages, il n'en est nullement besoin. Dans son article *Dysodia*, *puanteur*, cet auteur consacre un paragraphe à ce qu'il appelle *Dysodia a rhinostenote*, qu'il définit ainsi : Fétidité des narines, due à la rétention prolongée du mucus, ou *de l'air*, par suite de l'étroitesse de ces cavités.

D'abord il est évident que la rétention prolongée de l'air est contraire aux lois physiologiques; mais poursuivons.

D'après Sauvages, l'étroitesse des fosses nasales est multiple : 1° *Nares sunt resimæ*, c'est-à-dire que le nez est déprimé vers sa racine (punaisie des camards); 2° les fosses nasales sont obstruées par un polype, un sarcôme, ou du mucus épaissi; 3° elles sont obstruées par une excroissance ou une fluxion. On voit que les cas seuls de la première catégorie peuvent être regardés comme offrant une fétidité essentielle des narines; mais le fait est-il fondé sur l'observation? Il est impossible de le dire, puisque nous n'avons que l'assertion de Sauvages.

D'après ces considérations, il est peu important d'examiner séparément ce symptôme; car, d'une part, ce que nous connaissons du traitement du coryza chronique simple et du coryza chronique ulcéreux prouve qu'il n'est nullement besoin de moyens particuliers pour combattre l'odeur qui s'exhale des narines, ce symptôme disparaissant le premier, lorsqu'on réussit à guérir le coryza; et de

l'autre, il n'est pas parfaitement prouvé que, même chez les camards et chez les jeunes enfants, il ne faille pas un certain degré de coryza, et peut-être même des ulcérations, pour donner lieu à la punaisie. Je vais toutefois rapporter ce que Sauvages nous apprend à propos du traitement :

Si, dit-il, la dysodie est due à la dépression des fosses nasales, elle est incurable, et tout ce qu'on peut faire, c'est d'employer les moyens palliatifs suivants :

IV° Ordonnance.

MOYENS PALLIATIFS CONTRE LA PUNAISIE.

1° Chaque jour, inspirer à plusieurs reprises de l'eau tiède, rendue odoriférante (avec l'essence de menthe, un peu d'eau de Cologne, etc.), de manière à débarrasser les fosses nasales du mucus odorant qui les obstrue.

2° Faire usage du tabac à priser ; inspirer par les narines d'autres poudres odoriférantes, ou enduire ces cavités d'une pommade contenant des odeurs.

3° On peut joindre à ces moyens palliatifs la substance reconnue aujourd'hui comme le désinfectant par excellence, *le chlore.* Ainsi l'on aspirera cinq ou six fois par jour de l'eau tiède dans laquelle on aura mis *un sixième de chlorure de chaux liquide.*

Ajoutons que tous ces moyens n'ont qu'un effet momentané, tandis que la cause de la fétidité est incessante ; en sorte qu'ils ne constituent que de faibles palliatifs. Dans les cas où la dysodie était due à un coryza, ils n'ont point eu de succès réel, tandis que le symptôme disparaissait promptement dès qu'on commençait à se rendre maître de l'inflammation chronique.

Chez les jeunes enfants qui ont une dysodie par suite de la dépression de la racine du nez, il est permis, suivant Sauvages, d'attendre la guérison du temps. Lorsque l'enfant avance en âge, la racine du nez s'élève, les fosses nasales prennent de l'ampleur, l'air trouve un passage plus libre, et le mucus, moins épais, s'échappe plus facilement. Ce sont là autant d'assertions qui, comme tant d'autres que j'ai déjà signalées, et celles que j'aurai encore à signaler en nombre infini, doivent être soumises à une observation rigoureuse.

ARTICLE IV.

CORYZA ULCÉREUX (*Rhinite ulcéreuse ; ozène*).

Cette maladie est fort anciennement connue non seulement dans ses symptômes, si faciles à constater, mais encore dans ses lésions. Le nom d'*ozène* a été en effet imposé par les Grecs à une affection qui consiste dans un ou plusieurs ulcères des fosses nasales, dans la présence de croûtes nombreuses dans ces cavités, et dans l'exhalaison d'une odeur fétide par les narines (1). Néanmoins plusieurs auteurs, et principalement des auteurs modernes, ont étendu au delà de ces limites le cercle de cette maladie : ils ont donné le nom d'*ozène* à toute affection des fosses nasales qui produit une odeur très fétide. C'est là une erreur qui, bien qu'autorisée par l'étymologie, ne saurait être imitée, et qui n'a point été commise par les célébrités médicales de l'autre siècle. La fétidité de l'air expulsé par les narines ne

(1) CELSE, *De remed.*, lib. IV, cap. V, sect. 1.

constitue qu'un simple symptôme commun à plusieurs maladies très différentes; et même si l'on en croit les anciens, et en particulier Sauvages (*Voy.* pag. 127), cette fétidité peut exister sans aucune lésion de la membrane pituitaire, et ne reconnaître pour cause qu'un simple vice de conformation des cavités nasales. Aussi Laz, Rivière, Fernel, Sauvages, Wepfer, etc., etc., ont-ils distingué avec soin la maladie à laquelle ils ont donné les noms de *fœtor narium*, *dysodia*, de l'ozène proprement dit, ou *ulcère fétide*. Percy et Laurent (1) définissent l'ozène : « Une *ulcération* de la muqueuse des fosses nasales, du *voile du palais*, et du *sinus maxillaire*, qui, versant un pus fétide, imprègne l'air qui se trouve en contact avec lui d'une odeur si rebutante, qu'on l'a comparée à l'exhalaison insupportable que répand une punaise écrasée, d'où le nom de punais. »

Faut-il admettre sans restriction la définition de ces deux auteurs? Je ne le pense pas. On trouve un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'existence des ulcérations paraît bien démontrée, sans que toutefois il y ait eu cette fétidité si repoussante des narines. Ce sont là les ulcères bénins ou simples de quelques chirurgiens (2). Fallait-il faire, des ulcères fétides et non fétides, deux maladies distinctes? Non évidemment; car dans les descriptions qui nous ont été laissées, nous ne trouvons dans ces lésions, à part la fétidité, aucun caractère qui puisse faire distinguer l'ulcère fétide de celui qui ne l'est pas. La fétidité est donc un phénomène que nous ne pouvons rapporter à aucun état particulier de la lésion matérielle; c'est pour ainsi dire un simple accident. Bien plus, on voit, dans certaines observations, des ulcères, d'abord peu douloureux et ne donnant lieu à aucune odeur fétide, bénins par conséquent, changer de caractère au bout d'un certain temps, et prendre tous ceux des ulcères malins qui constituent l'ozène proprement dit. Par tous ces motifs, j'ai cru devoir, sous le titre de coryza ulcéreux, ou rhinite ulcéreuse, faire l'histoire des ulcérations des fosses nasales quelles qu'elles soient, me réservant d'exposer dans chaque article ce qu'il peut y avoir de spécial dans l'ozène proprement dit.

Cette manière d'envisager le sujet est nouvelle ; mais elle ne diffère pas de celle qui est aujourd'hui généralement adoptée pour les diverses lésions des autres muqueuses. Pour n'en citer qu'un exemple, je dirai qu'on divise la laryngite en autant d'espèces qu'il y a de lésions fondamentales : ainsi nous avons la laryngite simple, aiguë et chronique, et la laryngite ulcéreuse, qui correspondent parfaitement au coryza simple et au coryza ulcéreux dont je trace l'histoire. Cette division a donc déjà pour elle l'analogie ; mais, ne l'eût-elle pas, il ne faudrait pas moins la proposer, à cause de sa simplicité et de l'ordre logique dans lequel elle présente les faits.

§ I. — Définition ; espèces ; synonymie ; fréquence.

D'après ce qui vient d'être dit, on doit donner le nom de coryza ulcéreux, ou de rhinite ulcéreuse, à toute ulcération de la muqueuse nasale. Il faut toutefois en excepter les cancers ulcérés, par la raison que ces affections, d'une nature toute particulière, attaquent les parties beaucoup plus profondément, et sont moins

(1) *Dict. des Sciences médic.*, t. XXXIX, p. 71 ; art. *Ozène.*
(2) DESCHAMPS, *Dissert. sur les malad. des fosses nasales*, an XI, p. 189 et suiv. ; BOYER, *Traité des mal. chir.*, t. VI, p. 97 et suiv.

caractérisées par l'ulcération à laquelle elles donnent lieu, que par la dégénérescence des tissus, qui la précède.

Si l'on s'en rapporte aux opinions des auteurs, on peut admettre trois *espèces* distinctes de coryza ulcéreux : 1° Coryza ulcéreux simple (ulcères bénins); 2° coryza ulcéreux malin (ulcères malins) ; 3° coryza ulcéreux syphilitique (ulcères syphilitiques) ; ces deux derniers seuls présentent une odeur fétide des narines qui leur a valu le nom d'*ozène*. Je ne mentionne pas ici les ulcères scorbutiques de la pituitaire, qui constituent une espèce distincte dans les anciens auteurs, parce que je n'ai trouvé nulle part la preuve qu'il y eût quelque chose de particulier dans ces ulcères, et que leur nature scorbutique n'est pas démontrée.

Quand on a lu les observations et les descriptions pathologiques avec attention, on ne peut se défendre de quelques doutes sur l'existence de la première espèce. Que l'on consulte en effet l'ouvrage de Boyer qui l'a longuement décrite, l'on verra que les caractères qu'il lui donne peuvent très bien s'appliquer à l'impétigo des narines, quoiqu'il ait négligé de rechercher la présence des pustules caractéristiques. Si donc, dans ma description, je traite à part du coryza ulcéreux simple, c'est uniquement parce qu'on trouve quelques observations dans lesquelles, sans qu'on soit sûr qu'il n'existait pas un impétigo, on ne reconnaît pas tous les caractères de l'ozène proprement dit, et surtout la fétidité. J'expose l'état de la science, tout en signalant les lacunes que l'observation a encore à combler.

Le *coryza ulcéreux* a reçu un assez grand nombre de noms différents, dont j'ai déjà eu occasion de mentionner plusieurs ; les plus répandus sont les suivants : *Rhinite ulcéreuse ; ulcères bénins ou simples ; ulcères malins ; ulcères syphilitiques ; fétidité des narines ; punaisie ; ozène ; ozène ulcéreux ; ozène syphilitique ; ozène vénérien.*

La *fréquence* du coryza ulcéreux ne peut être déterminée d'après des recherches positives. Sans doute on trouve un très grand nombre d'exemples de cette maladie dans les auteurs anciens et modernes ; mais il n'en faut pas conclure qu'elle doive être rangée parmi les plus fréquentes. Elle a, en effet, fixé dans tous les temps l'attention des médecins, et il n'est pas extraordinaire qu'on en ait rassemblé beaucoup d'observations. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elle n'est point rare. Des trois espèces indiquées plus haut, la plus fréquente, sans contredit, est la dernière, c'est-à-dire l'ozène syphilitique. Non seulement les exemples d'ulcères vénériens abondent, mais encore les résultats du traitement doivent nous faire admettre que, dans un bon nombre de cas, où la nature de la maladie n'a pas été formellement indiquée, la lésion était due au virus syphilitique.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il est extrêmement difficile de découvrir, dans les faits que possède la science, des causes prédisposantes bien positives. Voici quels sont les renseignements les plus précis que nous fournissent les observations :

Suivant les auteurs, les *âges* les plus exposés à l'ozène ulcéreux sont l'enfance et l'adolescence. Les observations que j'ai sous les yeux sont presque toutes relatives à des sujets qui ont moins de trente ans, mais je n'en trouve pas au-dessous

de dix ans. Il en existe peut-être qui me sont inconnues; mais comme j'ai consulté un très grand nombre d'auteurs, on doit admettre que la maladie est rare dans les premières années de la vie. Un fait rapporté par M. J.-J. Cazenave (1) est fort remarquable sous le point de vue de l'âge du sujet : « M. N..... le père, dit cet auteur, fut punais jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou vingt-six ans, et guérit sans traitement aucun. » Ce fait semble confirmer l'opinion des auteurs, puisque, selon toutes les apparences, la guérison a été due aux progrès de l'âge. Toutefois il faut ajouter que les choses ne se passent pas ordinairement ainsi, et qu'à moins d'être guéri par un traitement efficace l'ozène persiste indéfiniment. Peut-être aussi ne s'agissait-il, dans le cas qui vient d'être cité, que de la punaisie (*voy.* page 60) des camards, et non d'un coryza ulcéreux fétide.

Le *sexe* a-t-il quelque influence sur la production de l'ozène? C'est ce qu'on ne saurait dire dans l'état actuel de la science.

Ayant admis un ozène scrofuleux, on a dû regarder nécessairement le *tempérament lymphatique* comme offrant des circonstances favorables au développement de cette maladie. Mais les auteurs n'ont émis à ce sujet que de simples assertions, et l'on chercherait en vain un nombre suffisant de faits détaillés qui prouvent rigoureusement que les scrofules sont une cause prédisposante de l'ozène. Toutefois nous savons que les scrofuleux sont sujets à des inflammations chroniques du nez, et, par conséquent, il n'est pas permis de nier ou d'affirmer que ces inflammations puissent dégénérer en ozène. L'opinion des auteurs n'est donc point invraisemblable; seulement, je le répète, elle n'est pas mise entièrement hors de doute.

On a aussi décrit un *ozène scorbutique*, d'où il suivrait que ceux qui présentent quelques signes de scorbut seraient plus que les autres sujets à l'ozène; mais la preuve de cette assertion n'existe nulle part.

Ce que j'ai dit plus haut de la confusion qui s'était introduite dans le diagnostic du coryza ulcéreux et de l'impétigo des narines suffit pour nous faire rejeter l'existence de l'*ozène dartreux.*

Plusieurs faits pourraient être cités en faveur de l'*hérédité* dans cette maladie. Ainsi, dans le cas de M. Cazenave, cité plus haut, on voit le père et le fils être atteints de cette affection, tous deux ayant une dépression marquée de la racine du nez. Mais on n'a pas encore fait sur ce point des recherches assez exactes pour qu'on puisse savoir quel est le degré d'influence de cette cause, et même si elle existe réellement; car, dans les cas où on l'a signalée, il pouvait y avoir une simple coïncidence. On a généralement admis que les sujets qui avaient une dépression marquée de la racine du nez et les narines écrasées étaient fréquemment atteints de l'ozène.

Les individus *très sujets au coryza simple* sont-ils plus disposés que d'autres à être affectés de coryza ulcéreux? C'est encore une question qu'il faut joindre aux nombreuses questions à étudier. Quelques auteurs ont néanmoins prétendu que cette cause existait réellement, mais je n'ai pas trouvé les faits sur lesquels ils se sont appuyés.

2° Causes occasionnelles.

L'ozène est-il *contagieux?* Rien ne le démontre positivement. Cependant un

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1839, n° 28, p. 445,

fait qui peut inspirer quelques doutes à cet égard, et qui mérite d'être signalé, est rapporté par Staudigelius (1). Les quatre fils d'un paysan furent pris, en effet, dans la même semaine, d'un ozène avec fétidité insupportable. Mais il faut ajouter qu'au moment où la maladie se déclara avec le plus de force, ces enfants n'étaient point rassemblés, en sorte qu'on peut expliquer cette simultanéité de l'apparition de l'ozène soit par une contagion qui n'aurait donné lieu à des symptômes assez marqués pour attirer l'attention qu'à une époque assez éloignée, soit par un vice de famille dont les effets se seraient fait sentir à peu près à la même époque. Ce sont là de simples présomptions, qui auraient pu avoir un degré plus élevé de probabilité si l'observation n'était pas très sobre de détails importants, et si elle avait été recueillie avec le soin qu'on y apporte aujourd'hui.

Boyer cite parmi les causes occasionnelles l'*extirpation d'un polype*. Il est plus que probable que ce célèbre chirurgien a observé des faits de ce genre; mais il n'en cite pas d'exemples, et l'on n'en trouve pas dans les auteurs. Au reste, le coryza ulcéreux produit par cette cause, comme par toutes les autres causes externes, est un coryza sans fétidité; c'est l'ulcère simple ou bénin de Deschamps et Boyer.

Les *causes du coryza simple* peuvent-elles produire le coryza ulcéreux? D'après plusieurs auteurs, il faudrait l'admettre; car, suivant eux, le coryza simple peut dégénérer en coryza ulcéreux. Si l'on nous citait des faits dans lesquels les choses se sont positivement passées ainsi, il faudrait se rendre à l'évidence; mais il n'en est rien, et comme le coryza caractérisé dès le début par l'ulcération de la pituitaire doit nécessairement présenter plusieurs signes du coryza ordinaire, tels que picotements du nez, éternuments, sentiment d'obstruction, etc., il s'ensuit qu'il faut apporter à l'examen du malade une très grande attention pour s'assurer que, dans le principe, le coryza consistait uniquement dans une inflammation pure et simple de la muqueuse, inflammation devenue ulcéreuse plus tard. Ceux qui admettent l'existence de cette cause comme démontrée, pensent que de fréquentes *irritations* exercées sur les fosses nasales avec les doigts et avec des instruments destinés à porter les médicaments sur la membrane muqueuse, ou déterminées par l'action de ces médicaments eux-mêmes, suffisent pour faire prendre au coryza un caractère qu'il n'avait pas d'abord, et pour le faire passer à l'état ulcéreux.

Mais de toutes les causes, celle qui est le mieux démontrée est sans contredit l'*action du virus vénérien*, soit qu'il y ait une infection ancienne et généralisée, soit que le contact direct ait déterminé les ulcérations syphilitiques. L'existence et la puissance de cette cause sont mises hors de doute par un grand nombre de faits, dans lesquels les antécédents, les symptômes vénériens concomitants et l'action favorable et rapide des préparations mercurielles, se réunissent pour les rendre manifestes. Nul doute que dans un bon nombre de cas où les sujets ont affirmé qu'ils n'avaient jamais contracté la maladie vénérienne, cette cause n'ait existé, soit que les malades aient trompé le médecin, soit qu'ils aient eu à leur insu les accidents primitifs de la syphilis.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que les causes de l'ozène sont pour la plupart fort obscures, ainsi que Boyer l'avait fait remarquer. Cette obscurité est-

(1) *Ephem. nat. cur.*, dec. an., VII et VIII, observ. CXCV, *De ozæna in quatuor fratribus.*

elle inhérente à la nature même de ces causes, ou faut-il l'attribuer au défaut de renseignements fournis par les observateurs?

§ III. — Symptômes.

1° Coryza ulcéreux non fétide (ulcères simples ou bénins de la membrane pituitaire; Deschamps, Boyer).

Suivant Boyer, les ulcérations simples ont ordinairement leur *siége* à la partie antérieure de la cloison des fosses nasales, au point de réunion de sa portion cartilagineuse et de sa portion osseuse. Elles ont une dimension variable; mais le plus souvent elles ne dépassent pas en profondeur l'épaisseur de la membrane pituitaire; leur surface est rouge et granuleuse.

La *douleur* est faible ou nulle; quelquefois il n'existe qu'une démangeaison incommode qui porte les malades à introduire fréquemment leurs doigts dans les narines, ce qui peut retarder la guérison.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut, à propos de l'*aspect du mucus* dans le coryza chronique simple, on comprendra que ce produit de la sécrétion pituitaire puisse être altéré dans sa consistance, sa couleur, etc., sans qu'on doive nécessairement attribuer cette altération aux ulcères; mais ordinairement, dans ces ulcères bénins, le mucus lui-même est à l'état normal; seulement la matière fournie par les ulcères vient se mêler à lui sous forme de croûtes noirâtres qui sont enlevées par les malades, ou qui se détachent spontanément.

Voilà tout ce que les auteurs nous ont laissé sur les ulcères simples ou bénins de la membrane pituitaire. Cette description, je la donne telle que je l'ai trouvée, sans la garantir dans tous ses détails. Que de choses ne faudrait-il pas en effet pour prouver, en l'absence de toute observation, que les auteurs n'ont pas confondu des maladies diverses? Comment les ulcères ont-ils été examinés? A-t-on suivi avec soin leurs progrès? Dans les cas où leur présence a été bien constatée, n'est-il survenu aucun autre phénomène que ceux qui viennent d'être décrits, et la fétidité surtout n'a-t-elle eu lieu à aucune époque de la maladie? Aujourd'hui que M. J.-J. Cazenave a établi les principes d'une bonne exploration des fosses nasales, on pourra, par de nouvelles observations, résoudre ces questions douteuses; ce ne sera pas toutefois sans difficulté, car quelquefois on a beaucoup de peine à découvrir de petites ulcérations qui se cachent dans les profondeurs de ces cavités, et, dans quelques cas même on ne peut les apercevoir.

2° Coryza ulcéreux fétide (ozène proprement dit).

J'ai dit plus haut que, relativement aux causes, il y avait deux espèces principales de coryza ulcéreux fétide: ce sont le *coryza ulcéreux syphilitique* et le *coryza ulcéreux non syphilitique*. La première question qui se présente est donc de savoir si, dans leurs symptômes propres, ces deux espèces présentent quelques différences qui puissent les faire distinguer. En parcourant les observations et les descriptions générales dont la science a été enrichie par les anciens et par les modernes, on voit qu'il est impossible d'y découvrir aucun signe distinctif de quelque importance, et l'on est toujours réduit à avoir recours, soit à des symptômes ayant un autre siége que les fosses nasales, soit aux renseignements fournis par le malade. Il ne faut donc pas songer à faire une description particulière pour chacune de ces

deux espèces, quoique les auteurs qui ont écrit sur l'affection syphilitique aient fait l'histoire d'un ozène vénérien.

Nous n'avons pas une bonne description des *ulcérations* qui constituent la lésion essentielle de l'ozène ; les anciens auteurs se bornent presque tous à dire que l'ozène est dû à des ulcères sanieux, sordides, de mauvaise nature ; mais ils ne nous donnent pas de détails précis sur leur siége, leur aspect, leur étendue, etc. Dans leurs observations, les modernes sont entrés dans des détails très intéressants; mais les ulcérations ont des caractères trop divers, suivant les cas, et les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse présenter autre chose que des généralités un peu vagues. Voici ce qui résulte des faits.

Le *siége* des ulcérations est variable ; cependant M. J.-J. Cazenave les a le plus souvent trouvées vers la racine du nez, soit dans la portion de pituitaire qui tapisse les os propres, soit dans la portion voisine du vomer. Leur *étendue* ne varie pas moins : quelquefois elles sont nombreuses et très petites ; plus ordinairement on n'en trouve que deux ou trois assez grandes ; en un mot, elles sont d'autant moins étendues qu'elles sont plus nombreuses.

La *forme* de ces ulcérations ne saurait être décrite d'une manière générale, parce que les descriptions particulières manquent totalement. La plupart de celles dont la forme a été mentionnée étaient irrégulières. Leur *profondeur* est très variable ; le plus souvent, d'après les descriptions que nous possédons, elles sont profondes, car l'altération parvient jusqu'aux os, dont quelques parties nécrosées sont expulsées par les narines. C'est au reste un résultat auquel on devait s'attendre après ce qui a été dit de la grande fréquence du coryza ulcéreux syphilitique, qui attaque les os avec une prédilection si marquée. Dans ces cas, les bords des ulcérations sont irréguliers, boursouflés et décollés plus ou moins loin, de manière à former de petits clapiers où le pus, en séjournant, acquiert la plus grande fétidité. On constate aussi un épaississement et souvent un ramollissement de la muqueuse environnante.

En même temps que se développent ces ulcérations, un *liquide mucoso-purulent* est sécrété et s'échappe, soit par les narines, soit par l'ouverture postérieure des fosses nasales, soit enfin, ce qui est le cas le plus ordinaire, par l'une ou l'autre de ces voies. Les anciens se contentent de désigner ce liquide par les mots de *sanie*, de *mucus sanieux*, d'*ichor putride*, etc. Mais, dans les observations de M. J.-J. Cazenave on voit que le plus souvent la matière de la sécrétion se présente à l'ouverture des narines sous la forme d'un liquide épais, jaune-verdâtre, vert, brunâtre, ou sous celle de croûtes plus ou moins adhérentes et brunes. Parfois cette matière se concrète vers l'ouverture postérieure des fosses nasales, et c'est alors que les malades sont obligés de faire une forte aspiration par le nez pour la faire tomber dans le pharynx, et l'expulser ensuite.

La présence de ce mucus dans les fosses nasales détermine plusieurs effets différents. Il obstrue mécaniquement ces cavités ; et cette *obstruction*, jointe à celle que produit l'épaississement des parties molles, occasionne l'enchifrènement, commun à cette maladie et au coryza simple. Mais ce qui est particulier à la première de ces deux affections, c'est l'*odeur infecte* de ce mucus nasal. Quelques auteurs anciens attribuent principalement cette odeur à la rétention de la matière de l'excrétion ; mais il faut reconnaître qu'elle est le plus souvent inhérente à cette matière, même

au moment de sa production ; car, lors même que les cavités nasales sont parfaitement débarrassées, et que le mucus n'a pu séjourner, l'haleine du malade reste fétide. Toutefois il est permis de penser que la rétention de cette matière vient ajouter encore à sa fétidité.

L'odeur repoussante qui s'exhale des narines des sujets affectés de coryza ulcéreux fétide a été comparée à celle d'une punaise écrasée, et c'est ce qui a fait donner à la maladie le nom de *punaisie*, et aux malades celui de *punais*. Mais cette odeur n'est pas constamment la même : dans un cas, par exemple, elle ressemblait à l'odeur de la sueur des pieds. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elle est pénétrante, nauséabonde, et rend insupportable le voisinage de ceux qui l'exhalent. Cette puanteur est le symptôme que les malades regardent comme le plus grave, et qui presque toujours les engage à recourir aux secours de la médecine.

Dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de déterminer, on remarque à l'extérieur du nez une *déformation* qui en occupe le plus souvent la racine, mais qui parfois se montre dans les autres parties. Un gonflement avec une douleur plus ou moins marquée existe dans le lieu affecté, et la pression y trouve une résistance pâteuse ; quelquefois une rougeur livide s'empare de la peau, et par la pression on détermine une crépitation marquée ; enfin, si une portion d'os nécrosé vient à se détacher et s'échappe, soit par l'intérieur des fosses nasales, soit à travers la peau ulcérée, le point correspondant s'affaisse ; si c'est vers la racine du nez, celui-ci est raccourci, sa pointe est relevée, et il est comme écrasé et aplati entre les yeux. Quand un côté du nez est seul attaqué, il y a une espèce de distorsion de l'organe. Lorsque c'est par la peau que s'est échappée la portion d'os nécrosé, une cicatrice irrégulière vient encore ajouter à la difformité. C'est le plus souvent dans le coryza ulcéreux syphilitique que les choses se passent ainsi. Dans un cas observé par M. Priou, de Nantes (1), il survint au côté gauche du nez une tumeur grosse comme une noisette, qui s'ouvrit au dehors, et se cicatrisa rapidement.

Suivant quelques auteurs anciens, et Fernel en particulier, les altérations des parois osseuses ne seraient pas limitées à la partie supérieure des fosses nasales, et *souvent* il y aurait perforation de la voûte palatine elle-même (2). Mais il n'est pas prouvé que dans les cas où il en était ainsi, on n'eût pas affaire à un véritable cancer des fosses nasales.

A ces lésions de l'organe primitivement affecté se joignent, si le mal envahit le sac et le canal nasal, des *signes d'ophthalmie* et un *épiphora* continuel : c'est ce qu'ont observé Percy et Laurent (*loc. cit.*).

Les auteurs anciens ont avancé que les *ulcérations pouvaient occuper les sinus, et surtout les sinus maxillaires ;* mais on ne trouve nulle part la moindre trace d'une description de ces ulcères. D'après Morgagni (3), il a été démontré par Drakins que la source du mucus fétide ou de la sanie peut exister dans les sinus ; mais il est impossible de savoir si, dans les cas où il en est ainsi, il existe réellement des ulcérations, ou s'il ne s'agit que d'un simple coryza fétide propagé aux sinus, ou si, enfin, la maladie n'est pas un véritable carcinome de ces cavités. Le peu de précision dans le diagnostic et le peu de détails dans les descriptions rendent notre

(1) *Gaz. méd.*, vol. IV, 1836, p. 727.
(2) Fernel, lib. V, cap. VII, *Pathol.: De morb. narium*, éd. 1679.
(3) *De sed. et causis morb.*, epist. XIV, 22.

jugement, à ce sujet, très difficile et très incertain. Au reste, en supposant que des ulcérations se développent dans une membrane aussi fine que celle des sinus, on ne pourrait soupçonner le véritable siége de la maladie que dans le cas où des symptômes très marqués se joindraient à un sentiment de tension et d'obstruction dans l'une de ces cavités, et à une intégrité parfaite de toute la partie des fosses nasales accessible à nos moyens d'exploration.

Si, comme on l'a fait généralement jusqu'à présent, on donne le nom d'*ozène* à toute maladie caractérisée par un écoulement de matière sanieuse par le nez et une odeur fétide s'exhalant de cet organe, on peut dire que dans un bon nombre de cas cette affection est *très douloureuse*, car les cancers se trouvent du nombre. Mais si, d'après ce qui a été dit plus haut, ces dernières lésions sont réservées pour être étudiées à part, on peut affirmer qu'à moins de nécrose des os, de périostite et d'abcès, la *douleur* est peu considérable; de sorte que le coryza ulcéreux syphilitique qui produit ces désordres serait presque seul véritablement douloureux à certaines époques de son existence. Toutefois c'est un point qui demande de nouvelles recherches.

Le coryza ulcéreux ne présente ordinairement pas d'autres symptômes que les symptômes locaux qui viennent d'être décrits. On a vu des sujets en être affectés pendant longues années sans que leur santé en ait souffert et sans qu'il soit survenu aucune complication. Mais si une inflammation aiguë, déterminée soit par les progrès de la lésion locale, soit par une rhinite contractée dans la saison froide et humide, vient se joindre à la maladie principale, la céphalalgie et un mouvement fébrile plus ou moins marqué peuvent être observés.

Telle est la description des symptômes du coryza ulcéreux d'après les recherches des auteurs; loin de chercher à dissimuler son insuffisance sur un grand nombre de points, je la signale de nouveau ici, afin d'engager les modernes observateurs à porter dans toutes ces obscurités les clartés des nouvelles méthodes.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* du coryza ulcéreux est presque toujours chronique; cependant on a cité des cas dans lesquels à une marche rapide venaient se joindre des symptômes d'acuité bien marqués. Le *début* est le plus souvent insidieux; on croit avoir affaire à un coryza léger, ne présentant d'autres symptômes qu'un peu d'enchifrènement et une sécrétion de mucus légèrement augmentée; mais au bout d'un certain temps, les symptômes sérieux qui ont été décrits plus haut se manifestent, et, après leur apparition, font des progrès continuels. C'est là ce qui explique pourquoi Percy et Laurent (*loc. cit.*) ont dit que l'ozène débute toujours par un coryza simple; assertion qui est bien loin d'être exacte, comme le démontrent les observations. Dans quelques cas, les auteurs *affirment* que le début a été marqué par un coryza intense. Mais s'agissait-il d'une inflammation simple? Les recherches sont trop insuffisantes pour qu'on puisse répondre à cette question.

Quant à la *durée* de l'affection, elle est indéterminée. On l'a vue se prolonger pendant plus de cinquante ans. En général, lorsqu'un traitement efficace n'est pas mis en usage, le coryza ulcéreux n'a aucune tendance à la guérison.

En ayant soin de mettre de côté, ainsi que je l'ai fait, les cancers et les polypes de mauvaise nature, on peut dire que le coryza ulcéreux, fétide ou non fétide,

syphilitique ou non, n'a point une *terminaison* funeste. Même dans les cas d'ozène syphilitique, lorsque la mort survient, c'est qu'elle est causée par une maladie d'une nature différente, ou par une lésion profonde de nature syphilitique siégeant dans un autre organe.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la description des ulcérations, étudiées comme symptômes, j'ai donné de nombreux détails qui me laissent peu de chose à ajouter. Des décollements de la muqueuse, son épaississement, son ramollissement, sa destruction dans plusieurs points; des portions d'os mis à nu; d'autres détachées, rugueuses, friables, brunes ou noirâtres; des clapiers contenant une sanie fétide : voilà ce qu'on a vu sur les cadavres; et par là s'est trouvée confirmée l'opinion des anciens, qui, pour la plupart, admettaient l'existence de l'ulcère dans cette maladie, quoique dans beaucoup de cas ils n'aient pas pu l'apercevoir.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Bien des questions se présentent dans le diagnostic de l'ozène; il faut, en effet, distinguer cette affection de toutes celles qui pourraient lui ressembler, et de plus étudier avec soin les diverses espèces de coryza ulcéreux, car chacune d'elles peut demander un traitement particulier. Un grand ordre est donc nécessaire dans l'exposition de ce diagnostic, et c'est pourquoi je divise ce paragraphe en deux parties distinctes : dans la première il va être question des diverses espèces de coryza ulcéreux, et dans la seconde je chercherai les signes distinctifs des maladies qu'on pourrait confondre avec elles.

A. *Diverses espèces de coryza ulcéreux comparées entre elles.*

Suivant Deschamps et Boyer, qui se sont le plus appliqués à distinguer les ulcères simples ou bénins des ulcères malins de la membrane pituitaire, le coryza ulcéreux simple se distingue du coryza ulcéreux malin et invétéré, en ce que, dans le premier, les ulcérations sont peu douloureuses, le mucus nasal n'est pas altéré, et est seulement parfois mêlé d'un peu de sang; il n'y a pas d'odeur fétide, et la guérison est plus facile. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ce diagnostic, le seul que nous possédions, est vague et incertain. Le peu de douleur des ulcérations peut se rencontrer dans des coryzas ulcéreux très fétides et très difficiles à guérir; non seulement l'odeur fétide peut se développer dans des ulcérations qui primitivement paraissaient simples, mais encore nous possédons un assez grand nombre de faits dans lesquels tout porte à croire qu'il n'y avait pas même d'ulcération; enfin, le plus ou moins d'efficacité du traitement ne saurait être invoqué, à moins que des expériences suivies, et qui n'ont pas encore été faites, viennent prouver que la médication a des effets spéciaux dans le coryza ulcéreux simple et dans le coryza ulcéreux *malin*.

Entre le *coryza ulcéreux non syphilitique* et le *coryza ulcéreux syphilitique*, existe-t-il des différences qui puissent les faire distinguer l'un de l'autre? J'ai déjà dit que, si l'on cherchait ces différences dans les symptômes propres à ces deux maladies, on ne les trouverait pas. La douleur, la gêne dans les fosses nasales, la

fétidité, la nécrose des os du nez, tous ces caractères peuvent leur être communs. Il faut donc de toute nécessité recourir aux renseignements sur les antécédents du malade et à l'examen des autres parties du corps, pour s'assurer s'il n'existe aucun autre signe de syphilis constitutionnelle. Les tumeurs gommeuses, les ulcérations du pharynx, les syphilides, viendront en aide au diagnostic. C'est ainsi que, dans une observation que j'ai sous les yeux, l'apparition d'éphélides nombreuses étant venue éclairer le médecin sur la nature spéciale de la maladie, le mercure, jusqu'alors négligé, fut employé avec succès.

La *nature scrofuleuse* de plusieurs coryzas ulcéreux, dont les auteurs nous ont laissé des exemples et dont M. J.-J. Cazenave a cité un cas très probable, ne peut également être dévoilée que par les antécédents et surtout par les signes de scrofules existant dans les autres parties du corps, les ophthalmies chroniques, l'engorgement des ganglions cervicaux, les abcès, etc.

Quant à l'*ozène dartreux*, j'ai fait voir qu'il n'était autre chose que l'impétigo des narines ou une autre maladie de la peau offrant des caractères spéciaux, et qu'il ne fallait pas le confondre avec le coryza ulcéreux.

L'*ozène scorbutique* a été admis par presque tous les auteurs anciens, mais on en chercherait vainement des exemples incontestables dans leurs écrits; son existence est douteuse, et par conséquent on ne saurait en établir le diagnostic.

B. *Coryza ulcéreux comparé aux autres maladies avec lesquelles on pourrait le confondre.*

Ces maladies ne peuvent avoir leur siége que dans les fosses nasales, et l'on peut les ranger dans l'ordre suivant : coryza simple; cancer; polypes; abcès; tumeurs sanguines; *jetage* de la morve chronique.

Le *coryza ulcéreux simple* se distingue du *coryza purement inflammatoire* par l'écoulement du sang, qui, selon Deschamps, est fréquent, et par les croûtes noirâtres qui couvrent les narines; mais ces signes sont très incertains, et la vue des ulcérations peut seule lever les doutes.

J'ai eu occasion de répéter maintes fois que la fétidité n'était pas un caractère suffisant pour faire distinguer le *coryza chronique* du *simple coryza ulcéreux;* je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit à ce sujet dans l'histoire du coryza simple; mais comme, de tous les caractères distinctifs, celui qui est fourni par l'inspection est sans contredit le plus important et le seul infaillible, il importe d'indiquer comment on doit procéder à l'examen des fosses nasales. C'est à M. J.-J. Cazenave que j'emprunte des détails qui vont suivre, parce que c'est lui qui a donné les meilleurs préceptes pour l'exploration des parties affectées.

EXPLORATION DES FOSSES NASALES.

Faites asseoir le malade en face d'une fenêtre bien éclairée, et, en lui renversant fortement la tête, faites parvenir les rayons lumineux aussi profondément que possible dans les fosses nasales. La lumière d'une bougie, dirigée convenablement, peut suffire pour l'exploration. Si du mucus concret ou des croûtes masquaient la membrane pituitaire, faites-les tomber à l'aide de lotions émollientes et de fumigations, mais ne les arrachez point. La muqueuse étant débarrassée, on découvre

les ulcérations, si elles sont rapprochées de l'ouverture antérieure des narines.

Dans le cas où cette exploration serait sans résultat, prenez un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet; introduisez-le dans la fosse nasale aussi profondément que vous pourrez, puis, en le ramenant d'arrière en avant, et en lui faisant faire de légers mouvements de rotation, explorez avec l'extrémité mousse toute la surface de la membrane pituitaire. S'il n'y a pas d'ulcération, le stylet glissera sans s'arrêter, car les anfractuosités qui sur le squelette se font remarquer dans les fosses nasales n'existent pas lorsque les os sont recouverts des parties molles. Si, au contraire, il y a des ulcérations, l'extrémité du stylet sera retenue par leurs bords saillants ou décollés. C'est surtout la partie de la cloison voisine de la voûte du nez et cette voûte qu'il faut explorer d'une manière toute spéciale; car, suivant les observations de M. J.-J. Cazenave, c'est là que les ulcères ont leur siége de prédilection.

Notez avec grand soin le point dans lequel votre stylet aura été arrêté, et en portant son extrémité dans tous les sens, cherchez à déterminer l'étendue de l'ulcère. Ces précautions sont très importantes pour l'application du caustique.

L'*inspection* est encore un des meilleurs moyens de distinguer le *coryza ulcéreux* des *polypes des fosses nasales*, quelle que soit leur nature; car outre que la vue des ulcérations ne laisse aucun doute sur l'existence de l'ozène, on peut, dans quelques cas de polypes, apercevoir assez distinctement la tumeur. Mais nous possédons d'autres moyens d'arriver au diagnostic, qui ne laissent pas d'avoir leur valeur. Ainsi, en introduisant le petit doigt dans les fosses nasales, on parvient à constater la présence des polypes; quelquefois on peut les sentir et même les voir dans l'arrière-gorge, derrière le voile du palais; l'obstruction qu'ils déterminent est beaucoup plus considérable que celle qui est produite par le coryza ulcéreux; elle est aussi très variable, c'est-à-dire que dans certains moments, suivant que la tumeur est plus ou moins gorgée de liquides, la difficulté de respirer par le nez est extrême ou presque nulle.

Quant au *cancer*, il est plus difficile de le distinguer du *coryza ulcéreux*, surtout avec l'habitude qu'on a depuis si longtemps de confondre ces deux affections. Chez tous les anciens auteurs, on trouve réunis aux exemples de coryza ulcéreux, syphilitique ou non, des cas dans lesquels les douleurs très vives, le gonflement du nez, l'envahissement de tous ses tissus, qui, après avoir pris une teinte rouge foncé ou livide, finissent par se détruire rapidement en laissant d'horribles pertes de substance, ne laissent pas de doute sur la nature cancéreuse de l'affection. Le caractère commun, la fétidité, dont j'ai déjà maintes fois apprécié la valeur, suffit-il pour faire regarder comme une même maladie deux états pathologiques qui diffèrent sous tant de rapports? Non, sans doute, et j'ajouterai que si, dans l'un ou l'autre cas, il y a ulcération des tissus, cette ulcération a une importance bien différente, suivant qu'on l'examine dans le coryza ulcéreux, où elle constitue presque toute la maladie, et dans le cancer, où, bien que redoutable, puisqu'elle hâte la destruction du nez, elle n'est néanmoins que secondaire, l'affection pouvant être très bien caractérisée sans elle. Ainsi donc, lorsque les tissus seront profondément affectés, avec douleur vive, tuméfaction considérable, rougeur sombre ou livide, et que plus tard une ulcération faisant toujours des progrès viendra les détruire profondément, on aura affaire à un cancer, et non à un simple coryza ulcéreux.

Les *tumeurs sanguines* et les *abcès de la cloison nasale*, dont M. Fleming a donné une description (1), pourraient, dans quelques cas, être pris pour un *coryza ulcéreux ;* il importe donc d'en indiquer les principaux caractères. Ces lésions ont de commun avec les ulcérations de la membrane pituitaire, d'occasionner l'obstruction des fosses nasales, une gêne notable de la respiration, et, de plus, dans les cas d'abcès, une rougeur vive de la pituitaire. Les caractères différentiels sont les suivants : les *tumeurs sanguines* siégent sur un des côtés de la cloison, ou sur tous les deux à la fois : on les aperçoit facilement en écartant l'aile du nez ; elles se présentent sous la forme d'une proéminence bien limitée, quelquefois très considérable, dure, rénitente, et de couleur pourpre-noirâtre. Quant aux *abcès*, dans tous les cas où M. Fleming en a rencontré, ils existaient sur les deux côtés de la cloison, formant une tumeur à large base, douloureuse au toucher, rouge à cause de l'inflammation de la pituitaire, et laissant écouler par l'incision une matière ordinairement peu liée, séro-purulente, qui prenait plus tard une consistance glaireuse. Je n'ai pas besoin de faire voir en quoi ces affections diffèrent du coryza ulcéreux. Je dirai seulement que M. Fleming ne fait aucune mention de la fétidité, quoiqu'il paraisse très vraisemblable que ce signe puisse exister dans les cas d'abcès ouverts, surtout chez les sujets scrofuleux, qui, suivant cet auteur, sont sujets à cette affection. Si la fétidité n'existe pas, c'est une probabilité de plus, mais non une certitude, qu'il n'y a pas d'ulcération.

Dans la *morve*, on observe un écoulement plus ou moins abondant de mucus altéré, avec des symptômes de coryza. Pourrait-on confondre cette maladie avec l'ozène? Quant à la *morve aiguë*, on ne saurait élever une pareille question ; elle a des symptômes si violents et si multipliés, que l'écoulement muco-purulent par la narine ne peut être pris pour la maladie tout entière. Dans la *morve chronique* il n'en est pas de même, car les symptômes qui ont leur siége dans les fosses nasales peuvent très bien attirer exclusivement l'attention. Mais si les altérations qui ont lieu dans d'autres parties du corps sont moins frappantes, elles n'en sont pas moins constantes, ainsi qu'on peut le voir dans le savant mémoire de M. Rayer (2), dans celui du docteur W. Hardwicke (3), et dans celui de M. A. Tardieu (4). Ainsi on voit, dans tous les cas cités par ces auteurs, des douleurs, des gonflements dans les articulations, des ganglions engorgés, des abcès, des ulcérations du palais, du larynx, etc. J'ajoute que la fétidité de l'haleine nasale n'a pas été constatée.

Présentons maintenant, dans un tableau synoptique, le résumé de ce diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs, d'après les auteurs, du coryza ulcéreux simple et du coryza ulcéreux malin ou fétide (ozène proprement dit).*

CORYZA ULCÉREUX SIMPLE ; ULCÈRE BÉNIN (Boyer, Deschamps).	CORYZA ULCÉREUX FÉTIDE ; ULCÈRE MALIN, INVÉTÉRÉ (Deschamps, Boyer).
Ulcérations *peu douloureuses.*	Ulcérations *douloureuses*, souvent à un haut degré. (Douteux.)

(1) *Journal de Dublin*, extrait dans la *Gaz. méd.*, t. I, 1833, p. 798.
(2) *De la morve chronique et du farcin chez l'homme ;* Paris, 1837.
(3) *Two cases of chronic glanders in the human subject* (*British Annals of med.*, feb. 1837).
(4) *Archives de médecine ;* Paris, 1841 t. XII, pag. 459. *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*, Paris, 1843, in-4°.

Mucus nasal non altéré; mêlé seulement parfois à un peu de sang.	*Mucus nasal*, verdâtre; brunâtre; purulent; fétide.
Guérison facile.	Cure *difficile.*

2° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non syphilitique et du coryza ulcéreux syphilitique.*

CORYZA ULCÉREUX NON SYPHILITIQUE.	CORYZA ULCÉREUX SYPHILITIQUE.
Point d'infection syphilitique antécédente. (Douteux.)	*Infection syphilitique* antécédente, et principalement chancres.
Point de trace d'infection syphilitique sur aucune autre partie du corps.	*Signes de syphilis constitutionnelle* sur d'autres parties du corps. Ainsi tumeurs gommeuses, syphilides, etc.
Action lente ou nulle du *mercure.* (Douteux.)	*Mercure* procurant une guérison rapide.

On ne trouve dans les lésions appartenant à ces deux espèces aucun caractère parfaitement distinctif.

3° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non fétide et du coryza simple.*

CORYZA ULCÉREUX NON FÉTIDE.	CORYZA SIMPLE.
Écoulement de sang, à des époques plus ou moins rapprochées. (Deschamps.)	*Écoulement de sang* moins facile. (Douteux.)
Croûtes noirâtres à l'ouverture des narines. (Deschamps.)	Point de *croûtes noirâtres.* (Douteux.)
Inspection : on aperçoit les ulcérations. (Seul signe positif.)	*Inspection :* pas d'ulcération. (Laisse encore quelques doutes, les ulcérations pouvant siéger hors de la portée de la vue.)
Exploration avec le crochet mousse *: le stylet est arrêté.* (Cazenave.)	*Exploration* avec le crochet mousse *: le stylet n'est pas arrêté.* (Laisse aussi quelques doutes, car les ulcères peuvent siéger hors de la portée du stylet.)

4° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et des polypes des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	POLYPES.
Inspection : on aperçoit souvent les *ulcérations.*	*Inspection :* on aperçoit quelquefois la *tumeur*, soit dans les fosses nasales, soit derrière le voile du palais.
Toucher médiat : à l'aide du crochet mousse, on peut sentir la *perte de substance* occasionnée par l'ulcération.	*Toucher immédiat :* à l'aide du petit doigt introduit dans la cavité nasale, on reconnaît la présence du *polype.*
Obstruction des fosses nasales plus continue et moins prononcée.	*Obstruction* des fosses nasales plus prononcée et moins continue.
Ordinairement *fétidité; odeur de punais.*	*Pas de fétidité*, à moins que le polype ne soit de mauvaise nature.

5° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et du cancer des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	CANCER.
Ulcérations d'abord superficielles.	Tissus affectés bientôt *dans toute ou presque toute leur épaisseur.*
Gonflement médiocre du nez.	*Gonflement* considérable.
Couleur de la peau du nez naturelle, à moins qu'il n'existe un abcès sous-cutané.	*Peau du nez* d'un rouge foncé ou livide.

L'*ulcération* fait des *progrès lents;* destruction des tissus bornée à la muqueuse et aux os nécrosés.	*Progrès de l'ulcération* rapides; destruction de tous les tissus.
Douleurs médiocres.	*Douleurs* vives, surtout lorsque l'ulcération est produite.

6° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non fétide et des tumeurs sanguines de la cloison des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX NON FÉTIDE.	TUMEUR SANGUINE.
Peut exister aussi bien *sur la voûte* que sur la cloison des fosses nasales.	*Siége* sur la cloison.
Inspection : ulcérations.	*Inspection: tumeur* limitée, quelquefois considérable, dure, rénitente, de couleur pourpre-noirâtre.
Cause *souvent inconnue.*	Cause : *coup* ou *chute.*

7° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et des abcès de la cloison des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	ABCÈS.
Siége: ut suprà.	*Siége :* sur les deux côtés de la cloison. (Fleming.)
Inspection : ut suprà.	*Inspection: tumeur* à large base, rouge, douloureuse au toucher.
Fétidité.	La *fétidité* n'a pas été constatée dans les observations que nous possédons.

8° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et du jetage de la morve chronique.*

CORYZA ULCÉREUX.	JETAGE DE LA MORVE CHRONIQUE.
Siége de la maladie limité aux fosses nasales.	*Maladie générale* dont le jetage n'est qu'un symptôme.
Ni douleurs ni gonflement dans les articulations, ni abcès ni engorgement des ganglions, etc., à moins de complication.	*Douleurs, gonflement des articulations; abcès, engorgement des ganglions*, etc.
Fétidité fréquente.	La *fétidité* n'a pas été constatée.

Pronostic. Après ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie, je n'ai point à m'occuper davantage de la gravité absolue du coryza ulcéreux. Mais le praticien peut être appelé à se prononcer sur plusieurs questions qui intéressent au plus haut point les malades; il s'agit donc d'indiquer quelles sont ces questions, et comment on peut les résoudre.

1° *Le coryza simple peut-il dégénérer en coryza ulcéreux?* J'ai déjà agité cette question, et la conclusion a été que rien ne prouvait réellement qu'il en fût ainsi : c'est uniquement par des vues théoriques et par des hypothèses que plusieurs auteurs ont été portés à admettre cette dégénérescence du coryza simple.

2° *Le coryza ulcéreux bénin et non fétide peut-il dégénérer en coryza ulcéreux malin et fétide?* Il semble, au premier abord, qu'il doive être très facile de se prononcer sur ce point, et cependant le défaut d'observations précises, une étude trop peu approfondie des divers caractères des ulcérations, nous laissent dans le doute. D'une part, nous avons lieu de croire que des ulcères que l'on regardait comme bénins dans le principe avaient déjà le germe de la malignité, pour nous servir du langage de l'école, et, de l'autre, il n'est pas parfaitement prouvé que

dans les cas où le coryza est resté bénin, il y eût réellement ulcération, l'état de la muqueuse envahie par un impétigo pouvant très bien induire en erreur.

3° *Le coryza ulcéreux tend-il toujours à détruire de plus en plus les parties, ou peut-il rester stationnaire?* Si l'on était sûr que l'ozène est syphilitique, la réponse serait facile; car on peut voir par de nombreux exemples qu'en pareil cas, si un traitement convenable n'est pas mis en usage, la maladie fait des progrès continuels et finit par produire une déformation considérable du nez. Mais comment savoir si le coryza est ou n'est pas syphilitique? C'est là une difficulté que l'observation n'a pas encore résolue, et qui rend le plus souvent la solution du problème impossible.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du coryza ulcéreux fétide, généralement connu sous le nom d'*ozène*, remonte à une haute antiquité; une multitude d'auteurs s'en sont occupés dans tous les temps. Aussi est-on plus embarrassé pour mettre un peu d'ordre dans l'exposition de ce traitement, pour découvrir les médications qui ont obtenu quelque faveur, et pour en apprécier les avantages et les inconvénients, que pour rassembler les matériaux nécessaires à un volumineux article. Je crois devoir, en cette circonstance, diviser en deux parties l'exposition du traitement de l'ozène. La *première* contiendra les méthodes générales de traitement proposées par les hommes les plus célèbres des siècles passés, mais dont nous ne pouvons pas apprécier rigoureusement l'efficacité, faute de faits; et la *seconde* présentera le traitement de l'ozène tel qu'il résulte des recherches faites dans les auteurs, tant anciens que modernes, qui ont cité des faits à l'appui.

Section 1re. — Aul. Corn. Celsus (1) qui a distingué les ulcères des fosses nasales en ceux qui sont sans odeur et ceux qui donnent de la fétidité à l'haleine, division à laquelle on peut rapporter celle de Deschamps et de Boyer; Celsus employait contre l'ozène un traitement qui peut se résumer par la prescription suivante :

1re Ordonnance.

TRAITEMENT DE CELSE.

1° Introduire dans la narine malade une petite sonde enveloppée de laine et trempée dans un mélange de miel et d'une petite quantité d'*huile de térébenthine*; recommander au malade d'aspirer jusqu'à ce que le goût de l'essence se fasse sentir.

2° Après avoir fait aspirer par les narines de la vapeur d'eau chaude, y introduire une petite quantité d'*amurca* (marc de l'huile d'olive rendu astringent par son ébullition dans un vase de cuivre), de suc de menthe ou de marrube, ou de vitriol blanc (*atramentum sutorium candens factum*). Ces substances doivent être jointes à une petite quantité de miel, excepté toutefois la préparation de vitriol, dans laquelle la proportion du miel doit être telle, que le remède soit liquide. Le liniment doit être porté dans les narines à l'aide de la sonde enveloppée de laine, comme le précédent, et son application doit avoir lieu deux fois par jour l'hiver et le printemps, et trois fois l'été et l'automne.

(1) *De re medica*, lib. VI, cap. V, sect. 1.

3° Si ces remèdes ne suffisent pas, Celse conseille, d'après un certain nombre de praticiens, de recourir à la cautérisation à l'aide du cautère actuel, ainsi qu'il suit :

Prenez une petite canule, portez-la dans la narine jusqu'à ce qu'elle parvienne au siége du mal, et par elle portez jusqu'à ce point un petit fer rougi à blanc. Quelques médecins faisaient même une incision depuis la partie inférieure de la narine jusqu'à la bouche, pour apercevoir l'ulcère à cautériser.

Après la *cautérisation*, il faut oindre le lieu brûlé avec un mélange de *vert-de-gris* et de miel.

En résumé, Celse ne recommande guère qu'une médication topique, qui consiste dans l'emploi des astringents et du cautère actuel.

Le liniment suivant était ordinairement employé par Galien, et c'est le seul médicament qu'on puisse lui emprunter.

Topique de Galien.

℞ Litharge blanche (*spuma argenti*)............	12 gram.	Écorce de grenade.......	ââ 8 gram.
Céruse...............	8 gram.	Alun scissile............	

Réduisez ces substances en poudre fine ; mêlez avec soin dans un mortier, en ajoutant :

Vin aromatique.. 100 gram.

Quand le mélange aura la consistance du *strigmentum*, ajoutez :

Huile de myrrhe.. 120 gram.

Ramenez à la consistance du miel, et conservez pour l'usage.

On introduit ce médicament dans les fosses nasales, à l'aide d'un linge roulé, ou de la sonde enveloppée à la manière de Celse.

Je ne dirai qu'un mot de la médication conseillée par Rhazès (1), qui, à son ordinaire, prescrit plusieurs médicaments étranges ; mais il m'a paru important de noter que le premier il avait conseillé les insufflations dans les narines faites avec une substance bien active, car il ne s'agit de rien moins que de l'*arsenic rouge*.

INSUFFLATIONS ARSENICALES DE RHAZÈS.

Rhazès mélangeait ensemble et en petite quantité :

L'arsenic rouge (sulfure d'arsenic rouge ; réalgar) ;

Le colcothar (*atramentum rubrum*, oxyde rouge de fer).

Puis il les mêlait à des poudres odoriférantes de myrrhe, d'amomum, etc., et faisait, à l'aide de ce mélange pulvérulent, des *insufflations* dans la narine malade.

Suivant Rhazès, Ruffus combattait la maladie dont il s'agit, soit en instillant dans les fosses nasales le suc de *menthastre* (menthe à feuille ronde), soit en le faisant aspirer, après l'avoir desséché et réduit en poudre. Cette substance, ayant été dans la suite fortement recommandée, il importait de la faire connaître et d'indiquer celui qui le premier l'avait mise en usage.

A ces médicaments topiques, Avicenne (2) n'en a ajouté que de très peu impor-

(1) Lib. IV, tract. 2, *De fœtore narium*.
(2) *De ulceribus in naso*, lib. III, cap. III et IV, tract. 2, p. 590, éd. de 1595.

tants, si ce n'est la *céruse* et la *litharge*, qu'il employait sous forme d'emplâtre. Mais il est intéressant de constater qu'il commence à mettre en usage de nouveaux moyens, tels que l'ouverture de la veine à l'extrémité du nez et les purgatifs. En somme, son traitement n'a pour nous qu'une bien faible valeur.

Nous trouvons dans Fernel (1) un traitement bien plus complet, et qui a eu tant de faveur dans les siècles qui ont précédé le nôtre, que la plupart des auteurs venus après lui se sont à peu près bornés à le lui emprunter. En en présentant ici les principaux points, j'aurai donc presque entièrement fait connaître la pratique ancienne.

IIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE FERNEL.

1° Faire tomber les croûtes, sans les arracher; on y parvient par des fomentations d'eau tiède ou des onctions avec du beurre frais, de la graisse récente d'oie ou de poule, et de l'huile d'amandes douces.

2° Sécher et déterger les ulcères avec l'*errhin* suivant :

℞ Décoction d'orge non mondé,	Décoction d'absinthe,
de roses rouges,	de plantain,
d'aigremoine,	de morgeline.
de petite centaurée,	

Dissolvez dans *cinq cents grammes* de cette décoction :

Miel rosat.. 120 gram.

Suivant Fernel, cet errhin suffit souvent pour guérir les ulcères; mais l'*eau alumineuse* est encore plus efficace.

3° Après ces moyens, cet auteur célèbre en indique un qui depuis, et surtout de nos jours, a été très vanté; je veux parler de l'*eau de sublimé*, dont on trouve la formule suivante dans la *Pharmacopée universelle* de M. Jourdan (t. II, p. 65):

℞ Sublimé corrosif........... 4 gram.	Eau distillée............ 369 gram.

Faites dissoudre.

Malheureusement Fernel n'entre pas dans d'assez grands détails sur l'emploi de ce remède.

Viennent ensuite d'autres moyens qu'on peut exposer dans l'ordonnance suivante :

IIIe Ordonnance.

1° L'ulcère étant bien détergé, saupoudrez-le avec de la poudre de rose rouge desséchée, ou bien avec de la poudre de pompholix et de corail.

2° Faites faire (d'après G. Rondelet) les fumigations suivantes :

℞ Orpiment........... 1 gram.	Cinabre............. 1 gram.

Ajoutez :

Myrrhe,	Mastic.
Encens,	

(1) *Pathol.*, lib. V, cap. VII, *De morb. narium*, ed. 1679.

Formez, à l'aide de la térébenthine, un *trochisque* pour la fumigation. (On place le trochisque sur un fer rouge ou des charbons ardents, et le malade aspire par les narines la fumée qu'on a soin d'y diriger au moyen du bec d'un entonnoir.)

Nous verrons plus loin comment ces fumigations ont été pratiquées par M. Werneck.

3° Faire un fréquent usage de l'*errhin* suivant :

Musc	0,30 gram.	Girofle	2 gram.
Ambre	0,10 gram.	Noix muscade	8 gram.

Renfermez dans un nouet, et faites macérer dans :

℞ Eau de sauge	1000 gram.	Eau de rose	180 gram.

4° Une ou plusieurs saignées.

5° Purgatifs.

Tels sont les principaux moyens de traitement employés par Fernel ; j'aurai occasion de revenir sur quelques uns d'entre eux.

Cautère actuel. On a vu que Fernel n'avait pas parlé du cautère actuel. Fabrizio d'Aquapendente (1) en fait mention, mais pour blâmer la cautérisation et pour y substituer la dessiccation de l'ulcère à l'aide de l'*échauffement par le cautère objectif*. Il propose d'introduire une canule fermée dans la narine, et d'y pousser, à plusieurs reprises et pendant très peu de temps chaque fois, un fer incandescent de manière à élever la température de la paroi nasale sans causer de douleur. Il conseille aussi l'usage d'un *onguent de céruse*.

Parmi les nombreux moyens indiqués par Fonseca, il n'en est que deux qui méritent une mention : le premier est bizarre à cause du siége de l'application ; aussi n'a-t-il pas été adopté par beaucoup de praticiens. Voici en quoi il consiste :

℞ Poudre de roses	ãã 4 gram.	Encens	ãã 4 gram.
Mastic		Macis	

Faites, avec de la cire et de la térébenthine, un cérat, *qu'on appliquera sur le sinciput*, après l'avoir rasé, et qu'on y laissera pendant quelques jours.

Le second moyen consiste dans un masticatoire ou dans un gargarisme irritant, qu'il n'est pas sans utilité de faire connaître.

Masticatoire.

℞ Sucre blanc	30 gram.	Pyrèthre	ãã 4 gram.
Mastic	15 gram.	Staphisaigre	
Poivre long	4 gram.		

Réduisez ces substances en poudre, puis faites-en de petites boules qu'on gardera dans la bouche l'espace d'une demi-heure, le matin, à jeun.

Gargarisme.

℞ Hydromel	30 gram.	Poivre	8 gram.

M. Faites chauffer ce gargarisme, pour s'en servir trois ou quatre fois dans la matinée.

Il est évident que ces remèdes de Fonseca ne peuvent être que des adjuvants, lorsqu'il existe des ulcérations dans les fosses nasales ; on pourrait plutôt, par conséquent, les prescrire dans le coryza chronique simple.

(1) Cap. XXVI, *De ozæna, narium ulcere* ; Lug. 1628, p. 93.

Pierre Van Foreest (1) qui employait à très peu près les mêmes médicaments que Galien, y avait néanmoins ajouté un moyen inusité jusqu'à ce jour : ce sont les ventouses scarifiées.

Primo, dit-il, *alvum duco, humores æquo,*
Cucurbitulisque scapulis affixis,
Carneque ferro incisa, sanguinem mitto.

Il cite deux observations de guérison par ce traitement, joint au liniment de Galien (*voy.* p. 77).

Plater, cité par Bonet (2), commença à employer la *cautérisation* sans avoir recours au cautère actuel. Il faut, dit-il, à l'aide d'un petit pinceau imbibé d'*eau forte* un peu étendue d'eau, toucher avec précaution les ulcères. Il employait aussi, dans le même but, l'eau dans laquelle on a fait éteindre de la chaux.

Scultet (3) cite une observation dans laquelle il a obtenu la cicatrice d'un ulcère de la cloison, après toutefois que celle-ci a été perforée. Scultet employait le *cautère actuel* introduit à l'aide d'une canule, en prenant les précautions suivantes, qui me paraissent devoir être connues.

CAUTÉRISATION. — PROCÉDÉ DE SCULTET.

« Je pris une canule convenable (c'est-à-dire ayant son ouverture sur le côté) : je l'enveloppai d'un linge trempé, avec expression, dans du vin, afin de protéger les parties saines, et je l'introduisis dans la cavité nasale ulcérée, de telle manière que l'ouverture correspondît exactement à l'ulcère... Ensuite j'introduisis par cette canule un stylet incandescent, que je retirai aussitôt. Je répétai quatre ou cinq fois l'introduction du stylet rougi, mais avec la plus grande promptitude. Il faut, pour cette opération, au moins deux stylets chauffés à blanc. »

Bonet (*loc. cit.*) a donné des extraits de plusieurs auteurs sur le traitement de l'ozène. Oswald Grembs, W. Hæferus, Saxonia, Wedelius, sont tous cités avec leurs formules particulières; mais comme ces praticiens n'ont rien ajouté aux moyens précédemment employés, et qu'ils ne leur ont pas fait subir de modifications réellement importantes, il est inutile d'indiquer leur méthode de traitement.

TRAITEMENT DE RIVIÈRE.

Laz. Rivière (4) a presque littéralement copié Fernel, et conseille un traitement à peu près identique. Je me bornerai donc à citer deux formules, dont l'une a de l'importance, puisque c'est l'eau de sublimé recommandée par Fernel, et qui n'est guère différente de celle que M. Trousseau a prescrite dans ces derniers temps, et dont l'autre contient un bon nombre de médicaments employés par les anciens contre l'ozène.

Eau sublimée ou *de sublimé.*

℞ Eau de plantain...... 120 gram. | Sublimé cru.......... 0,60 gram.

(1) FORESTUS, *De nasi affectibus*, lib. XIII ; Roth, 1653.
(2) *Thesaur. med. pract.*, *ulcera narium*, p. 104, t. I ; Genève, 1691.
(3) *Armentar*, 1666. Part. prim., tab. XXXII, p. 64.
(4) *Prax. med.*, lib. IV, 1663.

Faites bouillir dans une fiole de verre jusqu'à réduction de moitié. On peut augmenter ou diminuer la proportion du sublimé, suivant qu'on veut rendre le remède plus ou moins actif. (Rivière.)

Onguent siccatif.

℞ Verjus	15 gram.	Chalcite	ãã 4 gram.
Écorce de grenade	ãã 12 gram.	Aloès	
Fleurs de grenadier		Écorce d'encens (*corticis thuris*)	
Myrrhe	ãã 8 gram.	Huile de roses	ãã 30 gram.
Alun		de myrrhe	
Laudanum		Cire jaune	Q. s.

Faites un onguent dont on enduira la surface ulcérée, ou bien faites dissoudre dans du vin, de l'eau de plantain, etc., afin que le malade attire fréquemment le liquide dans les fosses nasales, par aspiration. Rivière conseille aussi de faire des insufflations dans les narines avec les poudres qui entrent dans la composition de cet onguent.

Mercuriaux. Spotiswood (1) paraît avoir eu le premier l'idée d'administrer une préparation mercurielle à l'*intérieur*, pour la guérison de l'ozène. Comment y fut-il conduit? On ne peut le dire; car, dans le seul cas qu'il a cité, il n'y avait, suivant lui, aucun motif de croire que l'affection fût syphilitique. Le malade prit, dans le cours du traitement 3gr,10 de *sublimé;* la guérison ne fut pas complète; mais, à plusieurs reprises, sous l'influence du remède, une amélioration très notable eut lieu.

A dater d'Hundertmark (2), le traitement de l'ozène se rapproche beaucoup de celui qui est aujourd'hui mis en usage par les praticiens. Cet auteur prescrit formellement, et les *injections de deutochlorure de mercure*, reprises par M. Trousseau, et la *cautérisation avec le nitrate d'argent*, remède par excellence de M. J.-J. Cazenave. J'aurai plus loin occasion de parler longuement de ces agents thérapeutiques. Je me bornerai pour le moment à indiquer le remède interne auquel Hundertmark attribuait la plus grande efficacité.

Formule d'Hundertmark.

Magnésie blanche	0,65 gram.	Camphre	0,15 ou 0,20 gram.
Panacée mercurielle (calomel)	0,30 ou 0,40 gram.	Soufre doré d'antimoine	0,10 gram.

Mêlez sans triturer. Prendre le matin, à jeun, deux grains de cette poudre, dans une tasse de décoction d'écorce de Winter.

Hundertmark cite plusieurs cas très graves dans lesquels l'emploi de ce médicament a eu un plein succès. Il repousse à plusieurs reprises la liqueur recommandée par Van-Swieten, dont elle porte le nom. Il a, dit-il, fait l'expérience du danger que présentait cette préparation; mais il ne nous apprend pas quelles précautions il avait prises dans son administration.

Un moyen singulier a été recommandé par Percival (3). Cet auteur assure que l'air fixe (nom donné par Black à l'*acide carbonique*), porté dans les narines avec un tube, paraît être la meilleure application contre l'ozène, soit que la maladie

(1) *Med. observ. et inq.*, vol. II, p. 223.
(2) *De ozæna venerea*; Lips., 1758.
(3) *Essays med.*; Lond. 1773, 2e éd., vol. II, p. 235.

ait son siége dans l'antre d'Hygmore, soit qu'elle ait attaqué les sinus frontaux. Dans le cas où l'on voudrait employer ce moyen, on s'y prendrait de la manière suivante :

TRAITEMENT PAR L'ACIDE CARBONIQUE (PERCIVAL).

Remplissez une vessie à robinet de l'acide carbonique qui se dégage du sous-carbonate de chaux mis en contact avec l'acide hydrochlorique affaibli; puis adaptez au robinet de la vessie un tube de 5 à 6 millimètres de diamètre, à l'aide duquel vous dirigerez le gaz dans la narine malade.

Pour juger du degré de confiance qu'on peut avoir dans ce moyen, il suffit de dire que Percival lui reconnaissait également une vertu souveraine dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

On ne trouve rien de vraiment original sur le traitement de l'ozène jusqu'à ces dernières années, où cette maladie a été étudiée avec autant de soin qu'à aucune époque antérieure.

TRAITEMENT PAR LE CHLORURE DE CHAUX.

En 1830 et 1833, MM. W. Horner et W. Maclay-Awl (1) publièrent plusieurs observations de coryza ulcéreux fétide, dans lesquelles l'emploi du *chlorure de chaux* eut un plein succès. Voici la formule de M. Horner :

Chlorure de chaux liquide. 1/2 cuillerée. | Eau pure................ 75 gram.

Mêlez.

Faire deux fois par jour des injections avec ce liquide.

Dans le cas cité par M. W. Maclay-Awl, il survint d'abord, dès qu'on eut recours au chlorure de chaux, des éternuments d'une violence extrême, puis il se développa des douleurs si vives, et l'on vit apparaître des hémorrhagies si abondantes, qu'on fut obligé de suspendre le médicament pendant une semaine. Si de pareils accidents arrivaient, il ne faudrait pas, pour cela, renoncer au remède, car à la seconde reprise les effets furent beaucoup moins violents, et au bout de deux mois la guérison de plusieurs ulcères qui avaient pu être aperçus dans les deux narines fut consolidée. Dans le cours du traitement, le chlorure de chaux avait l'avantage de diminuer de beaucoup la fétidité.

Je viens d'exposer les divers traitements qui ont eu le plus de faveur chez les modernes. Reste maintenant à en apprécier rapidement la valeur, à formuler méthodiquement le traitement qu'on doit adopter, à tracer, en un mot, la ligne de conduite que doit suivre le praticien.

Une réflexion générale s'applique d'abord à presque tout ce que les anciens nous ont laissé sur le traitement de cette maladie, comme sur celui de tant d'autres : confondant entre elles plusieurs affections qui n'ont de commun que des symptômes secondaires, ou du moins n'ayant pas le soin de faire les distinctions nécessaires lorsqu'ils en venaient à l'application du traitement, et par-dessus tout ne procédant que par assertion et non par démonstration, ils nous ont laissé dans la plus grande incertitude sur la valeur des moyens qu'ils ont employés. Il eût cent fois mieux

(1) *American Journal of the medical sciences*, mai 1830 et mai 1833.

valu qu'ils nous eussent cité leurs cas de succès et d'insuccès, que de nous vanter tels médicaments, parce qu'ils dessèchent la tête, et empêchent l'humeur morbide de tomber sur les fosses nasales, et tels autres, parce qu'ils réconfortent les tissus débilités. Il suit de tout cela que la plupart des agents thérapeutiques cités plus haut doivent être regardés par le praticien comme des moyens à expérimenter, quand ceux dont l'utilité est mieux démontrée n'ont pas réussi, mais qu'il ne faut pas leur accorder une aveugle confiance. Dès qu'il deviendra probable qu'une des prescriptions qui vont suivre n'a pas de succès réel, il faut passer à la suivante sans insister, et surtout recourir le plus promptement possible aux mercuriaux et à la cautérisation par le nitrate d'argent, seuls moyens qui aient pour eux des expériences positives.

Section 2°. — *Résumé; ordonnances*. Les *purgatifs* et les *astringents* sont les médicaments qui ont été le plus généralement employés, ainsi qu'on l'a vu plus haut; la plupart des auteurs les ont mis exclusivement en usage. On peut donc commencer par eux le traitement, à moins toutefois qu'il n'y ait quelques signes d'inflammation aiguë, car alors il faudrait recourir d'abord aux émollients et aux antiphlogistiques.

IVe Ordonnance.

DANS LES CAS OU IL EXISTE DES SIGNES D'ACUITÉ.

1° Pour boisson, décoction d'orge miellée.

2° Faire trois ou quatre fois par jour des fomentations d'eau de guimauve ou de lait tiède dans les narines, en ayant soin d'attirer, par l'aspiration, une petite portion du liquide dans les fosses nasales.

3° La nuit, appliquer sur le nez un cataplasme de fécule de pomme de terre.

4° Tous les soirs, un lavement émollient.

5° Régime doux et léger.

Antiphlogistiques. La prescription précédente n'a pour but que de faire disparaître les symptômes d'inflammation aiguë. Il n'y a pas de fait authentique qui prouve que par ces moyens seuls on ait guéri un coryza ulcéreux, même léger. Cependant on a cité un exemple (1) de guérison d'ulcérations considérables et très enflammées, par un traitement antiphlogistique très énergique, et cela après que la maladie eut été aggravée par les astringents et les caustiques. Il est fâcheux que la description de la lésion nasale ne soit pas aussi détaillée qu'il eût été nécessaire pour nous éclairer entièrement sur la nature et la gravité du mal. Voici le traitement qui fut mis en usage.

Ve Ordonnance,

TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE.

1° Boissons adoucissantes ou acidules.

2° Deux applications, à deux jours d'intervalle, de vingt sangsues autour du nez.

3° Fumigations aqueuses dirigées vers les fosses nasales, soit à l'aide du bec d'une théière ou d'un entonnoir, soit librement, la tête étant couverte d'un linge.

(1) *Annales de la méd. physiologique*, 1826, t. X, p. 242.

4° Bains généraux tous les deux ou trois jours.

5° Pédiluves sinapisés, le soir.

6° Régime sévère, composé de légumes, de laitage et de quelques viandes blanches.

7° Se couvrir de flanelle.

Au bout de deux mois de ce traitement, l'inflammation était dissipée, et quelque temps après la cicatrisation était complète.

Ce fait paraît tout aussi concluant que peut l'être un fait isolé, mais il est le seul de ce genre. Dans un cas cité par M. Priou (de Nantes), trois ou quatre sangsues par semaine, et en dernier lieu quarante à la fois, appliquées à l'entrée des narines et autour du nez, firent bien disparaître les symptômes inflammatoires les plus aigus, mais les ulcérations ne furent pas sensiblement modifiées par ce moyen.

Astringents et *purgatifs*. Les médicaments topiques *astringents*, aidés de quelques *purgatifs*, seront administrés de la manière suivante :

VI° Ordonnance.

ASTRINGENTS ET PURGATIFS.

1° Pour tisane, infusion de roses pâles miellée.

2° Introduire dans la narine malade, à l'aide d'un petit pinceau, le liniment de Galien (*voy.* p. 77), ou l'onguent siccatif de Rivière (*voy.* p. 80), ou tout simplement la poudre errhine de Vogt, incorporée dans le miel selon la formule suivante :

℞ Alun...............	0,5,0 gram.	Écorce de chêne...........	8 gram.
Extrait de ratanhia...	8 gram.		

Incorporez exactement dans :

Miel simple.. 10 gram.

Toucher trois fois par jour les ulcérations avec ce mélange.

L'alun peut être encore insufflé dans le nez, ou aspiré par le malade à la dose suivante :

℞ Alun pulvérisé...........	1 gram.	Gomme arabique en poudre...	5 gram.

M. exactement.

Une prise de cette poudre, de trois à six fois par jour, suivant l'effet produit.

Enfin on peut pratiquer les injections suivantes :

℞ Alun.................	1 gram.	Sulfate de zinc...........	0,4 gram.
Infusion de roses rouges..	20 gram.		

Pour trois injections par jour.

(Il est inutile de dire que si l'effet du médicament était trop violent, ce qui a lieu dans quelques cas, on devrait augmenter la proportion de l'excipient pulvérent ou liquide.)

3° Prendre, tous les deux jours, un purgatif peu violent, par exemple l'émulsion purgative suivante :

℞ Infusion de séné........	150 gram.	Huile d'amandes douces.....	15 gram.
Gomme arabique.......	5 gram.	Sucre......................	20 gram.

Mêlez.

A prendre en quatre fois dans la journée. Ne donner les dernières doses que dans le cas où les premières n'auraient pas produit une purgation suffisante.

Chez les enfants, on remplacera cette émulsion par le *savon de jalap*, ainsi qu'il suit :

℞ Résine de jalap pulvérisée..	4 gram.	Savon médicinal râpé........	8 gram.

Faites dissoudre à une douce chaleur dans :

Alcool à 32°.. Q. s.

Évaporez jusqu'à consistance pilulaire.

La dose sera de 0gr,50 chez les enfants de quatre ans environ, et de 1 gramme chez les enfants plus âgés.

4° Tous les soirs, un lavement d'eau de guimauve, avec cinq à six cuillerées à bouche d'huile d'olive.

5° Régime très doux ; s'abstenir de liqueurs alcooliques, et même de vin pur, à moins que le sujet ne soit scrofuleux ou épuisé par des symptômes syphilitiques, auquel cas les praticiens recommandent un régime un peu fortifiant, et un peu de vin pur aux repas.

Préparations de plomb. Les *préparations saturnines* ont été, comme on l'a vu, très préconisées; dans la prescription suivante, elles jouent le principal rôle.

VIIe Ordonnance.

PRÉPARATIONS DE PLOMB.

1° Même tisane que dans la précédente.

2° Oindre trois ou quatre fois par jour les fosses nasales (toujours à l'aide d'un pinceau ou de la sonde enveloppée d'un linge) avec l'onguent blanc rhasis, ou le cérat de minium préparé ainsi qu'il suit :

℞ Cire blanche.. 8 gram.

Faites-la fondre, et ajoutez :

Huile.. 16 gram.

Incorporez dans le mélange :

Minium broyé avec un peu d'huile.. 4 gram.

L'onguent suivant a été conseillé avec succès, dans les circonstances où nous supposons le malade, par Léautaud, chirurgien d'Arles (1).

℞ Litharge............. / Plomb sulfuré........	ãã 8 gram.	Céruse................. / Pierre de calamine.......	ãã 8 gram.

Réduisez en poudre, et triturez, en ajoutant successivement une cuillerée d'*huile rosat* et une cuillerée de parties égales de suc de morelle et de joubarbe, jusqu'à consistance d'onguent.

Enduire une tente de cet onguent, et l'introduire dans le nez ; réitérer l'application trois fois par jour.

3° Matin et soir, une injection dans les fosses nasales avec le liquide suivant :

(1) *Journ. de méd. et de chir.*, par Roux, Paris, 1762, t. XVII, pag. 558.

℞ Acétate de plomb....... 0,90 gram.	Eau de rose.......... 200 gram.

Faites dissoudre.

4° S'il existe des signes de scrofules, on prescrira :

℞ Sirop de gentiane...... / de quinquina....	ãã 500 gram.	Sirop d'écorces d'orang. amères. 500 gram.

M. A prendre à la dose de trois cuillerées à bouche dans la journée.

5° Régime fortifiant; une petite quantité de vin pur à chaque repas.

A ces prescriptions on pourra ajouter avec avantage quelques uns des divers *errhins* dont j'ai donné plus haut la formule. Ils sont généralement composés de substances irritantes; surtout ils sont aromatiques et masquent l'odeur fétide des narines. Aujourd'hui que les chlorures sont regardés comme les meilleurs désinfectants, on peut remplacer avantageusement ces errhins par des lotions chlorurées; mais on a vu plus haut que ces lotions avaient été employées non seulement comme moyen palliatif, mais encore comme moyen curatif. J'ai déjà donné la formule de M. Horner; voici celle de M. Maclay-Awl ;

Injections de chlorure de chaux.

℞ Chlorure de chaux en poudre. 1 cuiller. à thé	Eau.................... 1 verre.

Faites dissoudre: passez la solution,

Pour injections trois fois par jour, poussées aussi loin que possible dans les fosses nasales.

On pourra employer comme adjuvant le masticatoire de Fonseca (*voy.* p. 79).

Médication antisyphilitique. J'ai dit plusieurs fois, et c'est une vérité reconnue par tous les auteurs, qu'un très grand nombre de coryzas ulcéreux fétides étaient de nature syphilitique. On devra donc, au moindre soupçon, recourir aux moyens recommandés contre cette espèce particulière, et qui ont obtenu des succès frappants. Les prescriptions suivantes rempliront ce but :

VIIIe Ordonnance.

OZÈNE SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane ;

℞ Gaïac râpé........... / Daphne mezereum coupé.	ãã 30 gram.	Eau................... 1500 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.

Passez et édulcorez avec :

Sirop de gentiane.. 60 gram.

A prendre par tasses dans la journée.

2° Tous les matins à jeun, 0,10 grammes de la poudre d'Hundertmark. (*voy.* p. 81) dans une tasse de décoction d'écorce de Winter.

3° Introduire deux fois par jour dans la narine une petite quantité de *miel de mercure doux.*

℞ Proto chlorure de mercure..	5 gram.	Miel despumé.............	35 gram.

M.

Ou bien faire priser au malade la poudre dont M. Rousseau a donné la formule :

℞ Précipité blanc..........	1,20 gram.	Sucre candi en poudre.......	16 gram.
Oxyde rouge de mercure.	0,60 gram.		

Mêlez.

4° S'abstenir de mets épicés et de liqueurs alcooliques. Se couvrir le corps de flanelle, et éviter avec soin le froid, et surtout le froid humide.

La prescription suivante présente aussi de grands avantages contre l'ozène syphilitique :

IX° Ordonnance.

OZÈNE SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Squine coupée.......	} àà 60 gram.	Salsepareille, *idem*..........	60 gram.
Gaïac, *idem*........	}		

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers dans :

Eau.. 1500 gram.

Passez et édulcorez avec :

Sirop de Cuisinier.. 125 gram.

A prendre par tasses dans la journée.

2° Prendre matin et soir une des pilules suivantes :

℞ Proto-iodure de mercure.	0,20 gram.	Poudre de réglisse.............	Q. s.
Rob de sureau.........	Q. s.		

Pour vingt pilules.

Au bout de huit jours, on pourra donner une pilule de plus, et au bout de quinze, doubler la première dose.

Les *pilules de Sédillot* peuvent remplacer les précédentes. Voici la formule adoptée par M. Rayer pour le traitement des symptômes secondaires de la syphilis :

℞ Onguent mercuriel........	4 gram.	Poudre de réglisse...........	1 gram.
Savon médicinal..........	3 gram.		

F. s. a. trente-six pilules, dont on prendra une le matin et une le soir pendant toute la durée du traitement.

3° Deux fois par jour une injection avec l'*eau de sublimé*, suivant la formule de Rivière (*voy.* p. 80), ou de M. Trousseau (*voy. Coryza chronique*).

4° Le reste du traitement comme dans l'ordonnance précédente.

Fumigations de cinabre. Je n'ai point fait entrer dans ces prescriptions les fumigations de cinabre, parce que quelques explications sont nécessaires à leur sujet. Ces fumigations ne sont pas sans danger. Déjà Fabrice de Hilden (1) s'était élevé avec énergie contre l'emploi de ce moyen, auquel il attribuait de graves accidents arrivés dans plusieurs cas. Toutefois on ne doit pas accueillir ses assertions

(1) Cent. II, obs. XXIII. *E suffitu* [illegible] *gravissima*, etc., p. 101, éd. Francf.

sans quelques restrictions ; car n'ayant pas cherché à apprécier la nature de l'ozène, et désignant par ce nom des maladies aux progrès desquelles il est impossible de s'opposer, et dont la terminaison est nécessairement funeste, il a pu prendre l'aggravation naturelle des symptômes pour un effet des fumigations de cinabre. Mais ce n'est pas seulement une aggravation des symptômes locaux qui peut résulter de ces fumigations : des accidents d'empoisonnement mercuriel, une irritation redoutable des organes respiratoires, la salivation, etc., ont encore suivi leur emploi. Le praticien doit donc être très réservé dans son application. Il ne faut pas néanmoins y renoncer, car un assez grand nombre de faits, et notamment ceux qui ont été rapportés par Lalouette (1) et par M. Werneck (2), prouvent qu'elles peuvent être avantageuses. On pourrait donc y avoir recours, si les autres préparations mercurielles avaient échoué, et c'est pourquoi je vais faire connaître la manière dont le dernier de ces auteurs veut que soient pratiquées les fumigations, ainsi que les autres moyens qui complètent son traitement.

X° Ordonnance.

TRAITEMENT DE M. WERNECK.

1° Pour boisson, de l'eau pure ou une forte décoction de salsepareille.

2° Pendant six jours, un bain tiède chaque soir.

3° Dès le premier jour de ce traitement, un purgatif. M. Werneck emploie ordinairement une forte dose de décoction de Zittmann, préparée sans mercure, suivant la formule suivante :

℞ Salsepareille contuse.....	375 gram.	Eau......................	9 kilogr.

Faites infuser pendant vingt-quatre heures, puis renfermez dans un nouet que vous suspendrez dans le liquide :

Sucre d'alun (*sucre et alun, parties égales*)........................... 32 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction des deux tiers, et vers la fin de l'ébullition ajoutez :

Anis..................	àà 16 gram.	Feuilles de séné...........	96 gram.
Fenouil................		Réglisse..................	48 gram.

Filtrez.

Quatre à cinq verres, matin et soir.

4° Ne point permettre au malade de quitter sa chambre, qui doit avoir constamment une température de 17 à 18 degrés centigrades, et dont l'air doit être renouvelé chaque jour.

5° Panser les ulcères à l'eau simple.

6° Pour régime, trois potages par jour seulement. Ces potages seront préparés au riz, au gruau, à l'orge mondé, mais sans bouillon.

7° Terminer ce traitement préparatoire, qui doit durer six jours, par un purgatif, comme il a été commencé.

Alors on fait les fumigations de cinabre ainsi qu'il suit :

(1) *Anc. Journ. de médecine*, Paris, 1776, t. XLV, p. 195.

(2) *Journ. für die chir. Augenheilkunde*, t. XIV, analysé dans la *Revue méd.*, 1831, t. I, p. 120.

FUMIGATIONS DE CINABRE, PROCÉDÉ DE M. WERNECK.

L'appareil fumigatoire est composé d'une lampe à l'alcool, sur laquelle on place, à l'aide d'un trépied, une assiette de porcelaine contenant le cinabre. Cet appareil est mis sous le siége que doit occuper le malade. Celui-ci étant assis, on le couvre, y compris la tête, d'un manteau de toile cirée, dont on l'enveloppe avec soin, afin que les vapeurs de cinabre ne se répandent pas en trop grande quantité dans la chambre. Il suffit alors d'allumer la lampe pour que la fumigation ait lieu. Chaque fumigation ne dure ordinairement qu'un quart d'heure et doit être faite le soir, car le malade doit se mettre immédiatement au lit. La chambre dans laquelle on pratique ces fumigations doit avoir une température de 24 degrés centigrades.

La dose du cinabre est de 1 *à* 2 *grammes par fumigation* (il vaudrait peut-être mieux commencer par une dose moins forte, qu'on augmenterait avec précaution).

Une fumigation par jour est toujours suffisante. Dans des cas rares, on est forcé de n'y recourir que tous les deux ou trois jours. C'est au praticien à en juger d'après les effets produits.

L'inspiration des vapeurs mercurielles détermine souvent la salivation avec beaucoup de facilité. Il faut alors suspendre les fumigations pendant quelques jours, et, lorsqu'on les reprend, diminuer la dose du cinabre.

Pendant toute la durée du traitement, il est inutile que le malade change de linge, lequel est constamment sali par les atomes du mercure; mais quand le traitement est achevé, il doit prendre un bain de savon et changer de vêtements. Il faut aussi qu'il garde la chambre pendant quinze jours encore et s'abstienne de toute liqueur stimulante.

M. Martin-Solon (1) a, pour sa part, cité quelques cas de guérison d'ozène syphilitique par les fumigations de cinabre.

Cautérisation. On a vu plus haut que la cautérisation des fosses nasales, dans l'ozène, était une pratique fort ancienne. Dans les premiers temps, on employait le cautère actuel, procédé qui a procuré des guérisons solides, mais qui, d'après tous les praticiens, offre d'assez grands dangers. Dans le cas où l'on croirait devoir recourir à ce moyen extrême, on devrait employer le procédé de Scultet (*voy.* p. 80).

C'est sans doute la crainte des accidents qui peuvent survenir à la suite de l'application du cautère actuel sur des parties telles que les fosses nasales, qui inspira à Plater (*voy.* p. 79) l'idée de se servir, dans le même but, d'un pinceau trempé dans l'acide azotique. Cette pratique me paraît très difficile, à moins que l'ulcère ne soit très voisin de l'ouverture des fosses nasales; car comment porter à une certaine hauteur, sans léser les parties saines, un pinceau imbibé d'un caustique aussi puissant?

Hundertmark, qui proscrivait la cautérisation par le cautère actuel, a proposé formellement, ainsi que je l'ai dit plus haut, la cautérisation par le nitrate d'argent fondu. Voici ce qu'il dit à ce sujet (*loc. cit.*) : « Si l'œil peut découvrir l'ulcère et l'os altéré, le meilleur moyen est d'y appliquer la *pierre infernale;* puis afin de favoriser la chute de l'escarre, on peut instiller dans son centre une goutte d'huile

(1) *Gaz. médicale de Paris*, 1834, p. 177.

de vitriol, la scarifier, et appliquer sur elle un onguent digestif, composé de térébenthine cuite, de baume d'Arcæus et d'huile de millepertuis. »

Mais, bien que ce moyen eût été déjà mis en usage, on peut dire que M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux) se l'est approprié par les modifications importantes qu'il lui a fait subir, et qui l'ont rendu, entre ses mains, d'une efficacité incontestable.

On a vu plus haut (p. 71) la manière dont M. Cazenave explore les fosses nasales, afin de connaître positivement le siége de la maladie. Par ce procédé, tantôt il découvre un épaississement, un boursouflement de la muqueuse et des ulcérations variables en nombre et en étendue, et tantôt il constate que ces lésions, si elles existent, sont hors de la portée de toute exploration. Dans l'un et l'autre cas, on doit avoir recours à la cautérisation par le nitrate d'argent fondu; seulement, lorsque le siége de la lésion ne peut pas être constaté, il faut promener le caustique aussi loin que possible dans l'intérieur des fosses nasales. Voici la manière dont M. Cazenave pratique la cautérisation :

CAUTÉRISATION A L'AIDE DU NITRATE D'ARGENT, PAR LE PROCÉDÉ DE M. CAZENAVE (DE BORDEAUX).

1° Cautérisation par le nitrate d'argent sec.

« Les porte-caustique dont je me sers pour la cautérisation de la membrane pituitaire, dit cet auteur (1), sont de trois sortes, de divers diamètres, et consistent en une tige d'ébène bien polie, taillée à huit pans inégaux à son extrémité manuelle, cylindrique dans tout le reste de son étendue, et marquée par un point blanc sur le côté correspondant à la cuvette destinée à contenir le nitrate d'argent.

» L'une de ces tiges, la plus petite, a une ligne et quart (3 millimètres) de diamètre, est pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette en platine, disposée comme celle du porte-caustique du professeur Lallemand, ayant six lignes (15 ou 16 millimètres) de long, une ligne (3 millimètres) de large à l'entrée, et très évasée dans le fond. Le bout est mousse et légèrement olivaire.

» La seconde tige, la plus forte, a deux lignes (5 millimètres) de diamètre, est aussi pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette en platine ayant six lignes (15 à 16 millimètres) de long, une ligne trois quarts (4 à 5 millimètres de large à l'entrée), est plus évasée dans le fond.

» Le troisième porte-caustique, destiné à agir directement en haut sur la voûte des fosses nasales, a la même longueur que les autres, deux lignes (5 millimètres) de diamètre, et une cuvette toujours en platine, mais disposée de façon à former comme l'extrémité d'une canule ouverte (2).

» Comme la membrane qui tapisse les fosses nasales est fortement adhérente aux parois osseuses, il s'ensuit que le nitrate d'argent contenu dans la cuvette ne peut point être embrassé par elle, comme cela arrive pour l'urètre, et qu'il y a nécessité

(1) *Du coryza chronique et de l'ozène non vénérien*, 1838, p. 32 et suiv.

(2) On peut voir un dessin de ces porte-caustique dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1836, p. 180.

de laisser déborder le caustique pour qu'il agisse énergiquement. Il faut, du reste, se rappeler que je ne fais marquer l'un des pans qu'afin de pouvoir toujours tenir la cuvette en rapport avec les points de la membrane muqueuse qu'on veut cautériser. »

Lorsqu'on voudra cautériser la muqueuse nasale chez un malade affecté d'ozène, il faudra être muni des instruments qui viennent d'être décrits, et agir ainsi qu'il suit :

« Le malade étant assis en face d'une fenêtre, ou une bougie étant placée le plus près possible de l'ouverture des narines, on cherchera à découvrir, soit par la vue, soit à l'aide du crochet mousse, le siége de l'ulcération. Si l'on y parvient, on remarquera avec soin sa position et sa profondeur. L'ulcère est-il sur les parois latérales des fosses nasales, on prend les porte-caustique n° 1 ou 2, suivant l'étendue de la lésion, et l'on dirige leur extrémité nasale vers celle-ci, en tournant la cuvette vers elle ; ce dont on s'assure par la position du point blanc marqué sur le manche. L'ulcère est-il au contraire sur la voûte, on prend le porte-caustique n° 3, et l'on en porte directement l'extrémité sur la voûte elle-même, en ménageant autant que possible les parois. Le caustique est promené sur le siége de la lésion, dont il ne faut pas craindre de dépasser les limites, car cet excès de cautérisation est plus utile que nuisible.

» Si l'on ne peut pas découvrir le siége précis de l'ulcération, on promène le caustique sur la plus grande étendue possible de la muqueuse. N'existât-il pas d'ulcère, cette opération ne serait pas contre-indiquée, car alors on aurait affaire à un simple coryza chronique, qui, nous l'avons vu plus haut, est guéri par le même moyen.

» Pour que la cautérisation produise les effets que l'on doit en attendre, il faut prendre quelques précautions, de peu d'importance en apparence, mais fort utiles en réalité. Si les mucosités sécrétées par la membrane pituitaire sont trop abondantes, il faut avoir soin de les absterger avant de les cautériser. Si, au contraire, les parois nasales sont desséchées ou couvertes de croûtes dures et adhérentes, il est nécessaire de les humecter et de les faire tomber doucement à l'aide de vapeurs émollientes dirigées sur elles pendant un temps assez long.

» Il est très facile de promener le caustique sur la membrane pituitaire dans diverses directions, car cette membrane, adhérente à toute la surface des fosses nasales, ne présente point de replis qui puissent arrêter l'instrument. M. Cazenave n'a jamais eu d'accidents fâcheux à déplorer, lorsque la position de la lésion l'a forcé de cautériser l'orifice inférieur du canal ou les parties voisines.

» Les effets immédiats de la cautérisation ainsi pratiquée sont de provoquer un éternument qui débarrasse les fosses nasales et détermine une abondante sécrétion de larmes. Dans le plus grand nombre des cas où M. Cazenave l'a mise en usage, l'odeur de punais a bientôt disparu, et les autres symptômes, tels que l'enchifrènement, la douleur, la sécrétion exagérée du mucus, ont cédé bientôt après. Dans plusieurs des observations citées par cet auteur, ce traitement a eu un plein succès, lorsque la plupart des moyens qui ont été indiqués plus haut avaient complétement échoué. »

On trouve dans les recueils de médecine quelques observations qui viennent aussi démontrer l'utilité de ces cautérisations ; j'en citerai une entre autres, qui a

été rapportée par M. Ducasse (1), et qui appartient à M. Lassus. La maladie, qui durait depuis un an, fut guérie en quelques jours par l'injection d'une solution de nitrate d'argent répétée trois fois par jour.

2° Cautérisation par la solution de nitrate d'argent.

« Il est, dit M. Cazenave, quelques circonstances dans lesquelles le mal résiste à de pareilles cautérisations, parce qu'elles ne peuvent pas agir sur une assez grande étendue des fosses nasales. Il faut recourir, dans ces cas, à la solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent. »

Il est fâcheux que M. J.-J. Cazenave n'ait pas cherché à mieux préciser les cas dans lesquels la cautérisation avec le nitrate d'argent sec est insuffisante. Nous n'en serions peut-être pas réduits à essayer toujours la cautérisation par le nitrate d'argent sec, avant de recourir à la solution, que l'on emploie de la manière suivante :

Première formule.

♃ Nitrate d'argent cristallisé.. 0,20 gram. | Eau distillée................ 30 gram.

Faites dissoudre.

Deuxième formule.

♃ Nitrate d'argent cristallisé.... 2 gram. | Eau distillée................ 30 gram.

Faites dissoudre.

Entre ces deux proportions extrêmes, il y en a une multitude que le praticien peut adopter suivant les cas ou suivant les effets produits.

Le malade étant placé sur un siége, la tête élevée, on portera sur les parties malades, à l'aide d'un pinceau de charpie, la solution de nitrate d'argent, ou mieux on injectera le liquide à l'aide d'une seringue à canule longue, recourbée et terminée par une petite olive percée de plusieurs trous. Dans ce dernier cas, il faudra recommander au malade, si une partie du liquide tombait dans l'arrière-gorge, de le rejeter à l'instant et de bien se garder de l'avaler.

Lorsqu'il y a lieu de croire que le coryza ulcéreux est de nature syphilitique, ou lorsque le malade présente des signes de scrofules, M. Cazenave n'emploie la cautérisation qu'après avoir mis en usage un traitement antisyphilitique ou antiscrofuleux.

Tels sont les divers traitements mis en usage contre le coryza ulcéreux. J'ai indiqué, en les faisant connaître, plusieurs formules désignées par les anciens sous le nom d'*errhins*, et dont quelques unes ne sont guère destinées qu'à faire disparaître ou à masquer la mauvaise odeur produite par l'ozène; mais comme cette indication doit être remplie, quelle que soit la méthode de traitement adoptée, et comme le praticien peut être obligé de varier souvent le liquide suivant les désirs des malades, je vais ajouter ici la formule de quelques unes de ces préparations, dont l'emploi ne peut être nuisible :

(1) Compte rendu des travaux de la *Société de médecine* de Toulouse.

Errhins divers.

℞ Feuilles récentes de :		Amandier.........	ãã une poignée.
Sauge...........	ãã une poignée.	Marjolaine.........	
Bétoine........			

Triturez ces feuilles ensemble, et ajoutez :

Vin blanc.. 120 gram.

Exprimez le suc qu'on fera aspirer au malade trois ou quatre fois par jour. (Fernel.)

Autre.

Suc d'iris...............	45 gram.	Vin aromatique..........	15 gram.
de marjolaine.......	30 gram.	(Plater.)	

Mêlez.

Si l'on veut, dit cet auteur, rendre l'errhin plus stimulant, on y ajoute une certaine quantité de suc de poirée; mais nous savons depuis longtemps que les propriétés irritantes attribuées à ce suc par les anciens n'existent réellement pas.

Autre.

Fleurs de grenadier.........	ãã 60 gram.	Feuilles d'hieracium pilosella	ãã une poignée.
Écorce de grenadier.		— d'herniaire......	
Feuilles de plantain........	une poignée.	Racine de bistorte.........	30 gram.

Faites une décoction. (Rivière.)

Errhin détersif.

Roses rouges.......	20 gram.	Fleurs de sureau....	20 gram.

Versez sur les fleurs :

Eau bouillante.................................. 1 litre.

Laissez infuser pendant une demi-heure, et aiguisez avec :

Alcool........................... 0,5 gram. à 1 gram.

On peut, avec ces errhins, faire des injections à l'aide d'une seringue terminée en olive.

J'ai cru devoir indiquer ces préparations, parce qu'elles sont généralement inconnues, qu'elles servent à masquer la mauvaise odeur, qu'elles peuvent sans inconvénient être mises en usage à tour de rôle, et servir à faire prendre patience au malade, pendant qu'on emploie des remèdes plus efficaces.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Antiphlogistiques ; astringents (*alun*, *préparations de plomb*, etc.) ; purgatifs ; antiscorbutiques ; désinfectants (*chlorure de chaux*, *divers errhins*).

2° Traitement antisyphilitique interne, topiques mercuriels ; injections de deutochlorure de mercure ; fumigations de cinabre.

3° Cautérisation : par le cautère actuel ; par les acides ; par le nitrate d'argent : caustique le plus efficace.

4° Moyens adjuvants : masticatoires irritants; errhins aromatiques; rubéfiants sur la peau; exutoires.

Ici finit l'histoire des affections des fosses nasales. Elle renferme encore bien des obscurités, bien des incertitudes. Je me suis vu bien des fois obligé de répéter des assertions dénuées de preuves, et sans doute souvent fondées sur des faits mal observés ou mal interprétés. J'ai fréquemment fait remarquer l'impossibilité dans laquelle je me trouvais d'apprécier la valeur d'un agent thérapeutique ou d'un signe diagnostique, faute de détails suffisants de la part de l'auteur; mais si j'avais voulu le faire toutes les fois que l'occasion s'en présentait, j'aurais été arrêté à chaque pas. Que les observateurs dirigent donc leurs recherches vers ces maladies, car c'est une mine encore bien mal exploitée. Pour le coryza ulcéreux en particulier, je dirai que, sauf la cautérisation par le nitrate d'argent, employée par M. Cazenave, et le traitement antisyphilitique dans quelques cas, nous n'avons que les données les plus incertaines sur l'utilité de la thérapeutique si variée de cette affection toujours très désagréable, et parfois dangereuse.

CHAPITRE II.

MALADIES DU LARYNX.

Le larynx est doublement important chez l'homme, car : 1° il fait partie du conduit par lequel l'air se rend aux poumons, et 2° il est l'organe de la voix, et, par suite, le principal organe de la parole; sous ce double rapport, il peut être affecté de maladies très graves et qui exigent les secours les plus prompts et les plus actifs. Comme organe de la voix, il a attiré l'attention de quelques médecins qui ont fait une étude toute spéciale, et de son organisation, et des maladies dont il peut être affecté. On a donné à ces affections le nom de *maladies de la voix ;* mais cette division est tout arbitraire : les altérations diverses de la voix ne sont autre chose qu'un symptôme fort important des maladies de l'organe respirateur, et ne constituent pas à elles seules de véritables affections. Je ne consacrerai donc pas un article particulier à ces altérations de la voix, mais j'aurai le plus grand soin de les étudier, comme symptômes, dans chacune des maladies qui ont le larynx pour siége; de cette manière, je traiterai convenablement un point de pathologie qui intéresse au plus haut degré plusieurs professions, et je pourrai suivre un ordre méthodique.

Par sa position superficielle, le larynx semble, au premier abord, plus accessible à l'exploration que la plupart des organes où siégent les affections du domaine de la médecine proprement dite; mais en y regardant de plus près, on voit qu'il n'en est réellement rien. Son ouverture supérieure, cachée par l'épiglotte, se dérobe à la vue, et bien que l'on conseille, dans plusieurs cas, de l'explorer, en portant profondément l'extrémité du doigt indicateur dans l'arrière-gorge, il est certain que la pratique n'a pas tiré un grand parti de cette exploration. D'un autre côté, les parties solides qui forment sa paroi antérieure empêchent ordinairement que le palper agisse d'une manière efficace sur les parties lésées, en sorte qu'en réalité le

larynx, sous le rapport de la facilité de l'exploration directe, doit être placé au rang des organes les plus inaccessibles. On a, je le sais, inventé des *speculum* particuliers pour favoriser l'inspection de la cavité laryngienne ; mais ces instruments, d'un usage très peu répandu, n'ont encore donné que des résultats peu avantageux. Je reviendrai avec détail sur chacun des moyens proposés pour éclairer le diagnostic des maladies du larynx, lorsqu'il s'agira des diverses formes de la laryngite chronique dans lesquelles l'exploration directe de l'organe malade serait si utile, et j'aurai alors occasion de parler particulièrement de la percussion et de l'auscultation du larynx, qu'on a proposées dans ces derniers temps.

Les maladies du larynx ont été diversement divisées par les auteurs. Autrefois on décrivait des aphonies, des suffocations, une phthisie laryngée, etc. ; c'est-à-dire qu'on regardait comme formant toute la maladie le principal symptôme ou bien les résultats funestes que le mal apportait dans tout l'organisme. Aujourd'hui on s'accorde à prendre pour base de la classification les altérations anatomiques trouvées dans le larynx. Sans prétendre que toute la maladie consiste dans la lésion anatomique, je regarde cette manière de classer les affections du larynx comme la plus simple et la plus utile pour le praticien, et c'est celle que je choisis. J'aurai donc à étudier dans ce chapitre :

1° *La laryngite simple aiguë;* 2° *la laryngite simple chronique ;* 3° *la laryngite striduleuse* (pseudo-croup); 4° *la laryngite pseudo-membraneuse* (croup); 5° *la laryngite œdémateuse* (œdème de la glotte) ; 6° *la laryngite ulcéreuse ;* 7° *les tumeurs de diverse nature développées dans le larynx ;* 8° *l'aphonie* (1).

ARTICLE I.

LARYNGITE SIMPLE AIGUË.

Nous ne possédons sur la laryngite proprement dite aucun de ces travaux qui, par leur rigueur et les détails dont ils abondent, ne laissent pas sans l'avoir approfondi un seul point de l'histoire d'une maladie; mais nous avons de nombreuses recherches particulières, à l'aide desquelles il me sera possible de tracer une description assez complète de cette affection, tout en regrettant que l'état actuel de la science laisse insolubles plusieurs questions assez importantes.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de *laryngite aiguë simple* à celle qui, étant franchement inflammatoire, affecte principalement la membrane muqueuse du larynx. M. Cruveilhier (2) divise cette affection en deux espèces, suivant qu'elle est bornée à la membrane muqueuse ou qu'elle affecte le tissu cellulaire sous-muqueux ; de là, pour lui, deux espèces anatomiques bien distinctes : la *laryngite muqueuse* ou laryngite proprement dite, et la *laryngite sous-muqueuse.* La première est celle dont il est question ici, et que M. Blaud, de Beaucaire, si avantageusement connu des praticiens, a nommée laryngite *myxagène*, c'est-à-dire laryngite avec simple

(1) Ce symptôme ne pouvant, dans plusieurs cas, être rapporté à aucune lésion organique, il faut bien le considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme une affection distincte.

(2) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, art. LARYNGITE.

sécrétion muqueuse, pour la distinguer des laryngites avec production de pus et de fausses membranes (1). Quant à la seconde, elle doit être divisée, suivant M. Cruveilhier, en deux nouvelles espèces également distinctes par leur siége. La première, *laryngite sous-muqueuse sus-glottique*, n'est autre chose que l'œdème de la glotte, décrit par Bayle; quant à la seconde, *laryngite sous-muqueuse sous-glottique*, elle ne présente que quelques particularités dues au lieu qu'elle occupe; car, au fond, c'est la même maladie. Si, par sa physionomie toute particulière, par sa marche, par sa gravité, l'œdème de la glotte ne constituait pas plus qu'un symptôme de laryngite, cette division devrait être adoptée par le praticien; mais comme il en est tout autrement, et que d'ailleurs l'œdème de la glotte peut être causé par autre chose qu'une simple laryngite, laissons ce dernier nom à l'inflammation de la muqueuse laryngienne, et réservons, pour les décrire à l'article *Œdème de la glotte*, l'état pathologique indiqué par M. Cruveilhier, et quelques autres qui, directement ou indirectement, donnent lieu aux mêmes accidents.

C'est seulement dans ces derniers temps qu'on a imposé à la maladie qui nous occupe le nom de *laryngite :* on lui donnait auparavant celui d'*angine*, sous lequel il faut en chercher la description dans les auteurs anciens. Les diverses espèces qu'ils en ont admises sont nombreuses, car chacun les établissait suivant qu'il attribuait plus ou moins d'importance au siége, à la violence et surtout à la nature présumée de la maladie. Arétée (2) désignait la laryngite sous le nom de *cynanche*, adopté par plusieurs écrivains plus modernes, et en particulier par Laz. Rivière (3), qui admet deux espèces de *cynanche*, la première occupant les muscles intérieurs et propres du larynx, et la seconde les muscles extérieurs.

Boerhaave, qu'on a tant cité jusqu'à ces derniers temps lorsqu'il s'est agi des maladies de la gorge, a décrit pêle-mêle, sous le nom d'*angine* (4), les maladies du pharynx, du larynx et de la trachée-artère, en sorte qu'il est vraiment impossible de s'y reconnaître. Il divisait l'angine en *angine aqueuse*, *inflammatoire*, *suppuratoire* et *convulsive*, suivant le symptôme dominant ou la terminaison de la maladie. Je n'ai pas besoin de signaler le vice de cette division.

On ne trouve dans aucun auteur une appréciation, même approximative, de la *fréquence* réelle de cette affection. L'observation journalière nous apprend, d'une manière générale, que la laryngite légère, celle qui se manifeste par un simple enrouement avec une faible gêne de la respiration, est assez fréquente, et que la laryngite intense, qui s'accompagne de violents symptômes locaux et généraux, est rare, surtout chez l'adulte et le vieillard.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes de la laryngite simple aiguë sont fort peu connues. On ne trouve à ce sujet, dans les auteurs, que des assertions dénuées de preuves.

(1) *Nouv. recherch. sur la laryngo-trachéite*, Paris, 1823, p. 246.
(2) *De caus. et sig. acut. morb.*, lib. I, cap. VII.
(3) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII, *De angina.*
(4) *Voy.* VAN-SWIETEN, *Commentaria in Aphorismos*, Lugd. Bat., 1749, t. II, p. 655.

Il ne nous est donc permis de présenter ici que des généralités qui frappent même les observateurs peu rigoureux.

Pour les causes prédisposantes, comme pour les causes occasionnelles, comme au reste pour tout ce qui concerne la laryngite, il faut avoir bien soin d'établir une distinction entre l'étude de la laryngite légère, qui consiste principalement dans un enrouement passager, et la laryngite grave, qui présente souvent des symptômes formidables; car ce qu'on dit de l'une de ces deux maladies s'applique rarement à l'autre. Examinons-les donc séparément.

Laryngite légère. Aucun *âge*, aucun *tempérament*, etc., ne paraissent prédisposés à cette affection. Aux *époques de l'année* où elle se montre de préférence, on voit en effet un très grand nombre de personnes, sans distinction d'âge ni de sexe, en être très facilement atteintes. Il en est, sous ce rapport, de la laryngite comme du coryza, de l'amygdalite, de la bronchite, affections qui siégent dans des muqueuses directement exposées aux variations atmosphériques.

Les *professions* dans lesquelles l'exercice de la voix peut aller jusqu'à la fatigue, celles de chanteur, d'avocat, de crieur public, prédisposent-elles à la laryngite légère? Rien ne le prouve, car aucun travail exact n'a été fait à ce sujet. On voit parfois cette affection survenir dans la *convalescence des maladies graves* et chez les sujets affaiblis par une cause quelconque. Ces cas ne sortent pas de la règle générale, qui veut que les phlegmasies se contractent plus facilement lorsque l'organisme a subi une détérioration plus ou moins considérable.

Laryngite intense. On peut dire que cette forme de laryngite aiguë affecte plus fréquemment l'*enfance* et l'*adolescence* que les autres âges de la vie.

On trouve dans les recueils anglais un beaucoup plus grand nombre de cas de laryngite aiguë intense, décrite généralement sous le nom de *cynanche*, que dans ceux de tous les autres pays. Le *climat* de l'Angleterre prédisposerait-il à cette affection?

La laryngite peut-elle se développer sous une influence *épidémique?* Il est difficile de répondre à cette question; car dans ces derniers temps on n'a pas cité d'exemple d'épidémie de laryngite, et anciennement le diagnostic n'étant pas parfaitement établi, on ne peut pas savoir si, dans les épidémies d'angine, de cynanche, etc., il s'agissait uniquement d'une laryngite simple.

2° Causes occasionnelles.

Laryngite légère. L'action du *froid*, et surtout du froid humide, est la cause la plus évidente et la plus fréquente de cette affection. Ce que j'ai dit plus haut de l'influence de certaines saisons le prouve suffisamment. C'est en effet à la fin de l'hiver et au commencement de l'automne, époques où l'on est le plus exposé au froid, soit parce qu'on quitte trop tôt les vêtements d'hiver, soit parce qu'on tarde trop à les reprendre, que la laryngite légère et les autres inflammations de la muqueuse aérienne deviennent très fréquentes.

Les *grands efforts de la voix*, le chant trop longtemps prolongé, l'exercice immodéré de la parole, les cris multipliés, peuvent-ils produire une laryngite légère? Il est certain qu'à la suite de tous ces excès il survient un enrouement plus ou moins prononcé, avec une gêne plus ou moins grande dans la région laryngienne; mais c'est là une simple irritation de la muqueuse, qui se dissipe prompte-

ment par le repos, et qui ne s'élève presque jamais jusqu'à l'inflammation. On en a la preuve dans ce qu'on observe journellement chez certains aliénés furieux. On en voit, en effet, qui, après avoir pendant des semaines entières fait entendre des hurlements continuels, ne présentent qu'une légère raucité de la voix, bientôt dissipée par le repos de l'organe.

Certaines *substances irritantes* aspirées pendant plus ou moins longtemps, telles que la vapeur du soufre, la fumée, etc.; des poussières diverses, introduites dans le larynx; des aliments ou des boissons irritantes ou non, causent des accidents ordinairement prompts à se dissiper, et qui ont les caractères de la laryngite; mais on peut leur appliquer la réflexion que je viens de faire à propos des grands efforts de voix.

Laryngite intense. Les causes occasionnelles de la laryngite aiguë intense sont fort peu connues. Est-ce parce qu'on ne les a pas étudiées avec assez de soin? Est-ce parce qu'elles échappent à nos investigations? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles sont beaucoup plus difficiles à découvrir que celles de la laryngite légère. Cette difficulté se retrouve, du reste, dans toutes les phlegmasies qui affectent profondément un organe.

Cette affection peut-elle être *contagieuse?* M. Blache (1) dit qu'elle peut se propager par contagion, quand elle accompagne certaines maladies qui sont elles-mêmes contagieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Mais il faut entendre par là que les sujets chez lesquels la scarlatine, la rougeole, etc., se sont propagées par contagion, sont par suite exposés à la laryngite intense, qui se développe assez fréquemment dans ces affections éruptives, car ce n'est pas la laryngite elle-même qui est contagieuse. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de se prononcer avec plus de précision sur ce point obscur de l'histoire de la laryngite aiguë simple.

Il est une cause toute particulière qui n'a été signalée que par les médecins anglais. Souvent, dit le docteur Cheyne (2), des mères permettent à leurs enfants de boire au bec de la théière; or il arrive que quelquefois celle-ci contient de l'eau bouillante, et alors il y a une véritable *brûlure de la glotte*, qui occasionne tous les accidents d'une laryngite fort intense. On trouve des cas de ce genre dans plusieurs journaux. Je citerai principalement celui qu'a recueilli le docteur F.-E. Hicks (3), et ceux que rapporte la *Lancette anglaise* (4). Je reviendrai plus loin sur ces faits.

§ III. — Symptômes.

1° *Laryngite aiguë légère.* Cette affection est de peu d'importance; elle est ordinairement négligée par les malades, à moins qu'ils n'exercent une profession pour laquelle l'intégrité de la voix est nécessaire. Le premier symptôme qui apparaît ordinairement est une gêne légère dans le larynx, une *impression désagréable* causée par l'entrée de l'air froid pendant l'inspiration, et en même temps une sensation un peu douloureuse vers la partie supérieure de l'organe.

(1) *Dict. de méd.*, 2e édit., 1838, t. XVII.
(2) *The Cyclopædia of practical medicine*, vol. III, art. LARYNGITIS.
(3) *The London med. Gaz.*, 1837-38, vol. XXII, p. 67.
(4) *The Lancet*, 1839-40, t. I, p. 103 et 248.

Vient ensuite une *altération du timbre de la voix*, qui est le caractère essentiel de l'affection, et qui quelquefois constitue à elle seule à peu près toute la maladie. La voix est rauque; un passage continuel de sons graves et rudes à des sons aigus et criards la rend très désagréable, et fréquemment l'action de parler détermine une toux un peu douloureuse, pendant laquelle les yeux se remplissent de larmes. Parfois même l'altération de la voix va jusqu'à l'aphonie complète.

La *toux*, quelquefois nulle, n'est jamais très violente; mais, chez un certain nombre de sujets, un picotement vers l'ouverture supérieure du larynx la provoque continuellement. Elle peut être aussi provoquée par l'ingestion des boissons froides, et par le passage des aliments au-dessus de l'épiglotte, surtout si celle-ci participe à l'inflammation, circonstance qui, du reste, n'a pas encore été convenablement appréciée. L'*expectoration*, peu abondante, consiste en quelques crachats blancs et écumeux.

Tels sont les symptômes propres à la laryngite légère; mais, je le répète, le seul constant, c'est la raucité de la voix. Quant aux fonctions des autres organes, elles ne sont nullement altérées; il n'y a point de symptômes fébriles.

2° *Laryngite aiguë intense.* Cette espèce de laryngite a fixé plus que la précédente l'attention des médecins. On le conçoit sans peine, lorsqu'on songe qu'elle a causé assez fréquemment la mort. Cependant il reste encore beaucoup à faire pour sa symptomatologie. Les descriptions générales que nous possédons ne sont pas fondées sur une analyse rigoureuse des faits, et l'appréciation des symptômes n'y est par conséquent qu'approximative. D'un autre côté, les recueils scientifiques ne contiennent pas un grand nombre d'exemples de cette affection, ce qui rend son étude difficile. C'est d'après l'examen des observations, dont la plupart sont dues à des médecins français et anglais, mais parmi lesquelles il faut citer en première ligne celles qu'ont publiées MM. Blaud (*loc. cit.*), Constant (1) et Chavasse (2), que je vais tracer le tableau de cette laryngite.

La maladie débute par une *douleur* qui est d'une intensité médiocre, et qui n'acquiert jamais un haut degré. Les malades la rapportent à la partie supérieure du larynx, et parfois une pression un peu forte sur les côtés du bord supérieur du cartilage thyroïde l'exaspère légèrement. La déglutition des liquides était facile et peu douloureuse dans les cas observés par M. Constant; impossible, au contraire, dans quelques cas cités par les médecins anglais. M. Chavasse ne fait pas mention de ce symptôme. Un autre signe non moins fréquent et plus précieux, c'est la *sensation d'un corps étranger* dans le larynx. Les auteurs n'ont point assez insisté sur ce symptôme, qui s'est montré d'une manière très remarquable dans les observations.

Il survient bientôt une *toux*, quelquefois légère d'abord, d'autres fois promptement intense, et revenant par quintes. M. Constant a vu le début marqué par une augmentation notable d'une toux qui durait depuis trois mois environ.

Presque aussitôt la *voix* devient rauque, comme dans la laryngite légère; mais cette raucité fait place, au bout d'un certain temps, à une extinction presque complète. La prononciation des mots était difficile, dans le cas cité par le docteur

(1) *Gaz. méd.*, 1834, t. II, p. 314.
(2) *The Lancet*, vol. II, p. 565, july 1833.

Chavasse, et nulle chez un jeune homme observé par le docteur Wilson (1). La *respiration*, d'abord simplement gênée, devient alors rude et bruyante.

Si l'on ausculte le larynx, on trouve un *rhonchus sonore*, ou un souffle très intense et très rude; M. Blaud a constaté un râle muqueux laryngo-trachéal très remarquable.

Le passage de l'air étant ainsi embarrassé, les symptômes d'*asphyxie* se manifestent. Ainsi, dans la plupart des cas, la face est bouffie, pâle, les paupières gonflées et les lèvres bleues, surtout pendant les paroxysmes, qui ont lieu fréquemment. C'est principalement alors que les malades recherchent la position assise, pour laquelle ils manifestent leur préférence presque dès le début de l'affection; souvent même il y a une orthopnée marquée, avec inspiration sifflante et très difficile.

A la suite des efforts continuels de la toux, on constate une excrétion de *crachats* qui n'ont rien de caractéristique. C'est un liquide transparent ou blanchâtre, et souvent écumeux. Cette excrétion n'a lieu que quelque temps après le début de la maladie. Chez les enfants, elle manque souvent. Dans les cas cités par Constant, il y avait cependant, chez des enfants de cinq ou six ans, *quelques crachats muqueux, sans débris de fausses membranes.* Quant à M. Chavasse, il ne dit rien des crachats, quoiqu'il s'agisse, dans son observation, d'un sujet de vingt ans. Les mêmes symptômes s'observent chez les enfants affectés de brûlure de la glotte; seulement ils se manifestent très brusquement après la déglutition de l'eau bouillante, ce qui donne à l'affection une physionomie particulière.

Tels sont les symptômes locaux de la laryngite aiguë simple et intense. Mais il y a des *symptômes généraux* qui, bien qu'ils n'aient pas été décrits avec beaucoup de soin dans les divers articles publiés sur cette maladie, n'en sont pas moins considérables et nombreux.

Les *symptômes fébriles* sont intenses. Malheureusement, dans les observations particulières, on n'a pas recherché avec soin le début de ces symptômes fébriles, et cependant je n'ai pas besoin de dire quelle importance aurait pour le praticien la connaissance de ce début. La fièvre précède-t-elle ou suit-elle l'apparition des symptômes locaux? C'est là une question que l'observation aura à résoudre, et qu'il faut recommander à l'attention des médecins; car s'il est vrai que l'apparition préalable de la fièvre annonce une inflammation intense, dès que les symptômes les plus légers de laryngite se manifesteront dans de pareilles circonstances, il faudra redouter une laryngite grave et agir avec vigueur, tandis que des signes de laryngite sans fièvre au début devront inspirer peu d'inquiétude. L'analogie nous porte à regarder cette manière de voir comme exacte; mais, je le répète, il lui manque la sanction d'une observation rigoureuse.

Dans tous les cas, la *fièvre* ne tarde pas à s'allumer. D'après quelques auteurs, il y a d'abord un frisson passager; mais les observations sont généralement muettes sur ce point. La chaleur devient bientôt intense, le pouls s'accélère au point que chez les enfants observés par Constant, ses pulsations s'élevèrent jusqu'à 164 et que chez les adultes observés par les médecins anglais elles variaient de 110 à 130; dans le cas cité par M. Chavasse, le pouls était dur et rapide.

(1) *Med. surg. Transact. of London.*

Il y a en outre une anxiété extrême, et il peut survenir du délire, ou bien un coma plus ou moins profond. A ces symptômes de surexcitation succèdent, lorsque l'asphyxie est imminente, la lividité de la face, le froid des extrémités, la petitesse, la concentration et l'extrême rapidité du pouls.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

1° *Marche de la maladie.* Les progrès de cette affection sont continuels jusqu'à sa terminaison favorable ou fatale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de ces améliorations notables et d'une certaine durée qu'on remarque dans d'autres affections. On observe, il est vrai, assez fréquemment des paroxysmes; mais ils ne sont pas séparés par un calme presque complet, et après chacun d'eux la maladie s'aggrave notablement.

2° *Durée de la maladie.* Les auteurs donnent à cette affection une durée de sept à huit jours, et les observations que j'ai rassemblées confirment cette assertion. Chez les sujets observés par Constant et par M. Chavasse, par exemple, la maladie n'a pas dépassé huit jours. C'est une des affections dont la marche est le plus rapide.

3° *Terminaison de la maladie.* La mort est une terminaison fréquente de cette espèce de laryngite, surtout chez les enfants. Aux cas de mort cités par Constant je pourrais en joindre d'autres en assez grand nombre, empruntés aux auteurs anglais.

Quelquefois, suivant la plupart des auteurs, la maladie se termine par suppuration ; c'est alors l'*angina suppuratoria* de Boerhaave (1). Tous les symptômes précédemment décrits sont alors portés au plus haut degré de violence, et la mort est presque inévitable. J'ai multiplié les recherches à ce sujet, et je dois dire que, dans aucun des cas que j'ai rassemblés, je n'ai pu trouver la conviction qu'en pareil cas la maladie fût simple. Qu'on jette les yeux sur les observations de MM. W. Henry Porter, Arnold, Watson Roberts, Robert Watt de Glascow (2) ou bien sur les recherches du docteur Miller (3), et l'on verra que dans tous on a trouvé, soit des ulcérations, soit des altérations des cartilages qui paraissent être la cause réelle de l'inflammation suppurative.

Dans les cas de guérison, la résolution est rapide. Au lieu des symptômes d'asphyxie toujours croissants qui finissent par emporter le malade, on voit survenir un soulagement marqué, les symptômes généraux disparaissent promptement, et les symptômes locaux se dissipent peu à peu, en commmençant par la douleur, la gêne de la respiration et la toux. Les altérations de la voix persistent les dernières.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques trouvées dans le larynx sont en elles-mêmes bien légères, car elles consistent en une simple tuméfaction des parties constituantes de la glotte et de l'épiglotte, avec rétrécissement plus ou moins marqué de l'ouverture

(1) *Aphor.* 815, t. II, p. 693.

(2) *Med. chir. Transact. of London*, vol. V, p. 150 ; vol. VI, p. 135 ; vol. IX, p. 31 ; vol. XI, p. 414.

(3) *Lond. med. Gaz.*, et *Archiv. génér. de méd.*, t. I, p. 251.

laryngienne sans ulcération, sans infiltration, et même, selon Constant, sans épaississement de la muqueuse. Cependant on a peine à comprendre comment l'ouverture de la glotte serait rétrécie sans épaississement de la muqueuse et sans infiltration ; car le spasme de la glotte, admis par plusieurs auteurs, n'est nullement prouvé. Il y a là une contradiction évidente. Dans quelques cas, et M. Hache en a cité un à la Société médicale d'observation, la rougeur de la cavité laryngienne et de la partie supérieure des bronches était la seule altération anatomique. Probablement alors la turgescence inflammatoire a disparu après la mort, car il est évident que c'est l'obstacle à la respiration, occasionné par cette turgescence, qui a seul causé la mort.

J'ai déjà fait connaître les doutes qui s'élèvent sur la terminaison de la laryngite simple par suppuration. Dans les cas décrits par les auteurs anglais, le pus était tantôt infiltré dans le tissu sous-muqueux, et tantôt rassemblé en foyer. Dans tous, l'ouverture de la glotte était rétrécie. On peut dire hardiment que, dans la laryngite simple il est au moins extrêmement rare de rencontrer ces lésions.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Pour faciliter le diagnostic, il importe, avant de comparer la laryngite aiguë simple aux autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre, de résumer méthodiquement les symptômes qu'elle présente, et dont je viens de donner la description.

Nous y trouvons, comme *lésion de la sensibilité :* la douleur, les picotements déterminant la toux, la sensation d'un corps étranger (ces symptômes, à un faible degré d'intensité, constituent seuls la laryngite légère) ; comme *altérations des fonctions :* la raucité, la faiblesse, l'extinction de la voix, la fréquence, la gêne de la respiration, qui peut être portée jusqu'à l'orthopnée, déterminer la respiration sifflante et causer l'asphyxie ; comme *altérations de sécrétion :* quelques crachats muqueux filants, sans caractères particuliers. Voilà pour les symptômes locaux. Quant aux symptômes généraux, ils n'existent que dans la laryngite grave ; ils consistent d'abord en un mouvement fébrile plus ou moins intense, et, à la fin de la maladie, en phénomènes évidents d'asphyxie.

Parmi ces symptômes, le simple enrouement sans fièvre suffit pour caractériser la laryngite légère, lorsqu'il survient dans le cours d'une bonne santé et qu'il ne persiste pas longtemps. Mais il n'en est pas de même pour la laryngite intense. Quelles sont donc les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre ?

Parmi les maladies qui n'ont pas le larynx pour siége, l'*angine pharyngienne intense avec gonflement considérable des amygdales* pourrait, au premier abord, présenter quelques apparences d'une laryngite aiguë. Outre les symptômes généraux, cette maladie détermine la douleur de gorge, une altération notable de la voix, la suffocation et une excrétion de liquide muqueux. Ce dernier symptôme n'a qu'une faible valeur dans les deux affections ; mais, en y regardant de près, on voit que les trois premiers en ont une considérable. La douleur de gorge, plus vive dans l'angine, gêne la déglutition, et se fait sentir à la base de la mâchoire, ordinairement des deux côtés, où une légère pression suffit pour l'exaspérer ; l'altération de la voix consiste, dans l'angine, non en une raucité et une extinction plus

ou moins marquées, mais en un nasonnement considérable qui en altère seulement le timbre ; la voix est sonore, mais modifiée désagréablement par les parties constituantes de la gorge. La suffocation même présente des différences. Ainsi la gêne de la respiration ne s'annonce pas dans l'angine par la respiration sifflante, et elle n'atteint un haut degré qu'après quelques jours de durée de la maladie. J'ai cru devoir établir ce diagnostic, quoique la simple inspection paraisse suffire pour faire distinguer ces deux affections, l'angine affectant des parties accessibles à la vue ; parce que c'est surtout dans les premiers jours de l'affection, alors que l'arrière-gorge n'a pas encore acquis la turgescence inflammatoire, qu'il serait vraiment utile de pouvoir se prononcer.

Des affections qui ont leur siége dans le larynx, la *laryngite pseudo-membraneuse* ou *croup* est, sans contredit, celle qu'on peut confondre le plus facilement avec la laryngite aiguë intense, et celle qu'il importe le plus de distinguer. Car, bien que la laryngite simple puisse avoir, comme on l'a vu, un haut degré de gravité, elle en a beaucoup moins, sans contredit, que le croup, et, sous le rapport du diagnostic comme sous celui du traitement, le praticien est très intéressé à reconnaître à laquelle de ces deux affections il a affaire. Si nous nous rappelons les principaux symptômes de la laryngite simple, dont j'ai donné plus haut le résumé, nous verrons qu'ils sont les mêmes, à l'exception toutefois de l'expectoration. Ainsi la douleur, la suffocation avec ses paroxysmes, la sensation d'un corps étranger, s'observent et dans le croup, et dans la laryngite simple. Il en est de même des altérations de la voix ; car ce qu'on a dit de la voix croupale, du cri d'un jeune coq, etc., n'est fondé que sur des exceptions ; et, dans l'une et l'autre de ces maladies, c'est : 1° la raucité, et 2° l'extinction de la voix qui constituent le symptôme constant et essentiel. Reste donc l'expectoration ; et, sous ce rapport, l'excrétion des fausses membranes qu'on trouve parfois dans les matières expectorées par les sujets affectés de croup jette une vive lumière sur le diagnostic. Malheureusement on cite un bon nombre de cas de croup dans lesquels il n'y a point eu expulsion de fausses membranes. L'inspection des parties peut aussi être d'un grand secours. Il est assez rare que, dans le croup, la fausse membrane n'envahisse pas les amygdales aussi bien que le larynx. Lorsqu'il en est ainsi, il est d'autant moins difficile de méconnaître l'affection, que c'est presque toujours par les amygdales que la fausse membrane a commencé, et qu'on a pu l'apercevoir dès le début des accidents. On a donné aussi comme un bon moyen de diagnostic la présence, dans le croup, d'un engorgement plus ou moins considérable des ganglions sous-maxillaires ; mais cet engorgement n'existe que dans les cas où les amygdales sont envahies par la pseudo-membrane, et dans lesquels la seule inspection est suffisante.

Il suit de ce qui précède que, lorsque dans le croup les amygdales sont exemptes d'altération, il est bien difficile de distinguer ces deux affections. Aussi l'erreur a-t-elle été commise par des hommes qui ont étudié avec le plus grand soin les laryngites de toute espèce. C'est ce qui arriva dans le cas observé par M. Hache, et dont j'ai parlé plus haut ; on avait envoyé un petit malade à l'hôpital des Enfants, afin qu'on l'opérât au plus tôt ; mais l'absence de fausses membranes dans l'expectoration, et surtout un reste de timbre dans la voix, firent suspendre l'opération. L'enfant ayant succombé, on ne trouva aucune trace de pseudo-membrane dans

toute l'étendue de l'arbre aérien. Il n'y avait qu'une rougeur médiocrement intense de la muqueuse laryngienne, et, chose remarquable, sans gonflement marqué des parties internes de l'organe, sans rétrécissement apparent de la glotte; de telle sorte qu'on ne pouvait guère, dans ce cas, expliquer la mort que par un rétrécissement spasmodique de la glotte provoqué par une inflammation légère, à moins d'admettre que le gonflement porté, pendant la vie, au point de déterminer l'asphyxie, avait disparu après la mort.

La *laryngite ulcéreuse aiguë* peut-elle être confondue avec la laryngite simple aiguë? Un cas rapporté par le docteur Travers Blackley (1) prouve qu'il peut en être ainsi. Ce cas sera cité à l'article consacré à la laryngite ulcéreuse, et l'on verra que, d'après les signes notés par M. Blackley, l'erreur était inévitable. Il est à regretter que cet auteur n'ait point décrit exactement l'expectoration; car, dans les laryngites ulcéreuses, il peut y avoir des stries de sang dans les crachats, ce qu'il est important de constater. En somme, le diagnostic différentiel de ces deux affections reste encore à établir d'une manière positive.

Lorsque Bayle traça l'histoire de l'*œdème de la glotte*, on pensait que l'absence de la fièvre, dans cette dernière affection, suffisait pour la distinguer de la laryngite décrite par Boerhaave : telles sont les expressions de Bayle lui-même. Mais des observations plus récentes ont prouvé que la fièvre pouvait très bien exister avec un œdème inflammatoire de la glotte. Or on sait que les phénomènes présentés par cette dernière affection ressemblent assez à la laryngite décrite plus haut. Si donc on n'avait que les symptômes pour établir le diagnostic, on serait fort embarrassé, car on ne pourrait même pas se fonder sur les rémittences plus marquées de l'œdème de la glotte, puisque, quand cette maladie existe sous la forme inflammatoire, les exacerbations ne sont plus séparées par des intervalles de calme aussi tranchés que dans l'œdème de la glotte proprement dit. En examinant les observations de laryngite œdémateuse citées par les auteurs, on voit que la maladie s'est presque toujours développée dans le cours d'une autre affection, et principalement d'une inflammation chronique ou d'une ulcération aiguë voisine de la glotte. L'infiltration séreuse ou séro-purulente, qui existe dans ces cas, n'est donc réellement pas primitive, et par conséquent, en étudiant la marche de la maladie, et surtout l'état du sujet à son début, on pourra arriver au diagnostic. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'œdème de la glotte.

Un *corps étranger*, introduit dans le larynx, donne lieu à la plupart des symptômes de la laryngite aiguë. Comment distinguer cet accident de l'affection inflammatoire? Il est bien rare que l'on ne parvienne pas, par un interrogatoire attentif, à s'assurer qu'un corps étranger a été introduit dans les voies aériennes; mais supposons qu'on ne puisse pas en avoir la certitude, voici comment on arrivera au diagnostic. La laryngite intense peut débuter par une dyspnée portée rapidement à un haut degré; mais jamais le début n'est aussi brusque. Les quintes de toux sont immédiatement d'une violence extrême, dans les cas d'introduction d'un corps étranger; elles ne parviennent que graduellement à ce degré dans la laryngite. Ordinairement la suffocation est beaucoup plus intermittente lorsque le larynx est occupé par un corps étranger; enfin, et c'est là un point capital qu'il faut avoir

(1) *Dublin Journal*, 2 juillet 1838.

présent à l'esprit, plus la laryngite offre d'intensité à son début, plus la fièvre est intense ; or la présence d'un corps étranger dans le larynx ne détermine d'abord aucun symptôme fébrile : d'où il suit que les seuls cas de laryngite, où quelques phénomènes pourraient faire croire à l'introduction d'un corps étranger, en sont distingués par la fièvre intense qu'ils présentent.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la laryngite simple intense et de l'angine pharyngienne avec gonflement considérable.*

LARYNGITE.	ANGINE PHARYNGIENNE.
Douleur au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde, augmentant peu par la pression ; *déglutition* des liquides peu difficile.	*Douleur* à la base de la mâchoire inférieure, sur les côtés du cou, augmentant souvent beaucoup par la pression ; déglutition très douloureuse et très difficile.
Voix rauque, puis éteinte.	*Voix* nasonnée, désagréable.
Inspiration sifflante ; *gêne* très grande de la *respiration* peu de temps après le début.	*Inspiration* seulement pénible ; la *respiration* n'acquiert une très grande gêne qu'un peu plus longtemps après le début.
Inspection. Rien, ou seulement un peu de rougeur et de turgescence de l'épiglotte.	*Inspection*. Elle fait reconnaître un gonflement des amygdales ou de la paroi postérieure du pharynx ; le diagnostic est alors des plus faciles.

2° *Signes distinctifs de la laryngite aiguë et du croup ou laryngite pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE SIMPLE.	LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Expectoration de crachats muqueux, filants, écumeux.	*Expectoration* de crachats semblables, mais contenant souvent des lambeaux de fausses membranes laryngiennes.
Inspection : ut suprà.	*Inspection* : elle fait souvent reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales.

3° *Signes distinctifs de la laryngite simple et de la laryngite ulcéreuse aiguë.*

LARYNGITE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.
Crachats purement *muqueux*.	*Stries de sang* dans les crachats. (Caractères douteux.)

Ce diagnostic est peu certain, dans l'état actuel de la science.

4° *Différences entre la laryngite simple et l'œdème aigu de la glotte.*

LARYNGITE SIMPLE.	OEDÈME AIGU DE LA GLOTTE.
Intervalles de calme peu marqués.	*Intervalles* de calme plus tranchés. (Caractères douteux.)
Début dans l'état de la santé.	*Début* dans le cours d'une affection inflammatoire, ou d'une ulcération aiguë des environs du larynx.

5° *Signes distinctifs de la laryngite simple et des accidents dus à l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.*

LARYNGITE SIMPLE.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX.
Début graduel, quoique plus ou moins rapide.	*Début* brusque.
Toux augmentant graduellement de violence.	Quintes de *toux* subites, et tout d'abord d'une violence extrême.
Intervalles de calme, *ut suprà*.	*Intervalles* de calme beaucoup plus tranchés (1).
Fièvre dès le début, et d'autant plus intense, que les symptômes locaux deviennent plus rapidement graves.	Pas de *fièvre* au début, malgré la gravité des symptômes locaux.

Tel est le diagnostic différentiel de cette redoutable affection. Je l'ai présenté d'après les meilleurs documents qu'a pu me fournir l'état actuel de la science, et avec autant d'exactitude qu'il m'a été possible. Mais je ne me dissimule pas que ces matières ont encore besoin d'être étudiées, et que l'observation n'a pas dit son dernier mot sur ces graves maladies; c'est un sujet qu'il importe de signaler aux investigations des praticiens.

Pronostic. Il y a peu de chose à dire sur le *pronostic* de la laryngite simple. Il est évident que les cas de laryngite légère n'ont pas de gravité réelle, et que ceux de laryngite intense en ont une fort grande. Mais reconnaître à certains signes, lorsque cette dernière existe, si elle aura une terminaison heureuse ou malheureuse, c'est ce qui n'est pas possible, dans une affection si aiguë, et qui peut, d'un moment à l'autre, changer presque subitement de caractère. En général, la diminution des symptômes est d'un favorable augure, lorsque l'asphyxie n'a pas fait de trop grands progrès.

§ VII. — Traitement.

Laryngite légère. Lorsque la profession du malade n'exige pas un soin tout particulier de l'organe de la voix, on n'a ordinairement aucun traitement à prescrire. Dans le cas contraire, il ne faut pas refuser toute attention à cette maladie, quelque légère qu'elle soit; car on peut la faire disparaître un peu plus vite, et il y a moins de risque de lui voir succéder une irritation permanente qui ôte aux sons une partie de leur pureté, comme il n'est pas rare d'en observer des exemples. Dans ces cas, il suffit le plus souvent de se préserver avec soin du froid, de s'abstenir de tout effort de la voix, et de faire usage de quelques émollients unis à de légers sédatifs. Ainsi on pourra suivre le traitement suivant :

Ire Ordonnance.

LARYNGITE LÉGÈRE.

Pour tisane, infusion de fleurs pectorales édulcorée avec le sirop de capillaire et bue tiède.

2° Dans les cas où l'enrouement, les picotements dans le larynx, et une légère

(1) Il n'est question, dans ce diagnostic, que des corps étrangers peu volumineux ; car ceux qui ont un certain volume déterminent une suffocation presque subite.

excrétion muqueuse persisteraient, on aurait recours à une préparation opiacée administrée à faible dose, ainsi qu'il suit :

℞ Extrait thébaïque.... 0,4 gram. | Extrait de gentiane..... 0,8 gram.

F. seize pilules dont on prendra une le soir, trois heures au moins après le dernier repas.

L'opium, qui, comme nous le verrons plus loin, a une grande efficacité dans la plupart des maladies des voies respiratoires, a le double avantage de rendre la muqueuse laryngienne moins sensible à l'action de l'air extérieur, et de procurer au malade un sommeil paisible, pendant lequel les efforts de la toux ne viennent pas sans cesse ajouter une nouvelle irritation à celle qui existe déjà dans l'organe affecté.

Laryngite intense. Lorsque l'inflammation de la muqueuse laryngienne se présente avec un certain degré de violence, le traitement doit être des plus actifs, ainsi que l'ont reconnu les médecins de tous les temps. Si, en effet, on parcourt les traités de médecine de la plus haute antiquité, on voit que déjà ils proposent les moyens les plus variés contre l'angine suffocante. Mais malheureusement il est très difficile de tirer parti de leurs indications, non qu'ils aient négligé d'établir avec soin le diagnostic des diverses angines ; il suffit de citer Galien, Arétée (1), Fernel (2), Laz. Rivière (3), Boerhaave, Van-Swieten, etc., pour prouver que ces médecins célèbres avaient recherché avec soin les signes différentiels de l'angine laryngienne et de l'angine pharyngienne. Mais, par un singulier oubli de leurs divisions, ces auteurs ne songent presque jamais, lorsqu'ils arrivent au traitement, à exposer séparément la thérapeutique des diverses espèces qu'ils ont admises. Je vais indiquer ici les moyens préconisés par Arétée et Rivière, et qui me paraissent plus particulièrement s'appliquer à la laryngite aiguë intense.

TRAITEMENT D'ARÉTÉE.

Arétée, dans le but d'attirer au dehors l'humeur, la chaleur, et, ajoute-t-il, *ipsa caro omnis*, conseille les perfusions froides avec la rue et l'aneth, les cataplasmes, un cérat avec le nitre et la moutarde. Quant à la *trachéotomie* pratiquée dans le but de prévenir la suffocation, sa propre expérience n'est point, dit-il, en faveur de cette opération.

TRAITEMENT DE RIVIÈRE.

Rivière, considérant que cette affection a une marche des plus rapides, et peut, dit-il, enlever un homme en un seul jour, propose d'abord une forte saignée ; il veut qu'on retire ℔ j (1,000 gr.), ℔ j β (1,500 gr.), ℔ i j (2,000 gr.) *de sang*, autant, ajoute-t-il, que les forces le permettront. Cependant il ne conseille pas de soustraire tout ce sang en une seule fois, de peur qu'il ne survienne une syncope, mais à des intervalles de trois ou quatre heures. Il ne peut y avoir aucune contre-

(1) *De caus. et sign. acut. morb.*, lib. I, cap. VII.

(2) *De part. morb. et sympt.*, lib. V, cap. IX ; Lugdun., MDCII.

(3) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII, *De angina*. — Je me contenterai de citer les expressions de cet auteur, qui, dans ce passage, est un interprète de Galien :

1° Cynanche : *Inflammatio interiores propriosque laryngis musculos occupat.* 2° Synanche : *Interiores pharyngis musculos inflammatio occupat.* 3° Paracynanche : *Exteriores laryngis musculos inflammatio invadit.* 4° Parasynanche : *Exteriores faucium musculos inflammatio invadit.*

indication à la saignée copieuse ; les règles, les lochies, la grossesse ne doivent y apporter aucun obstacle : ainsi Zacutus Lusitanus saigna *sept fois en un seul jour* une femme enceinte de sept mois, et la guérison eut lieu.

Pendant qu'on multiplie les saignées, et le même jour, il faut appliquer, pour établir une révulsion, des *ventouses*, soit sèches, soit scarifiées, sur les épaules et les lombes, faire des *frictions* sur les extrémités, et établir des ligatures douloureuses (*ligaturas dolorificas*).

Le lendemain de la saignée, *sans attendre la coction des humeurs*, car la rapidité de la maladie ne le permet pas, et le jour même de la saignée, s'il le faut, recourir aux purgatifs, et mettre en usage *une potion purgative accommodée à l'humeur peccante !*

Enfin avoir recours à la *laryngotomie*, opération que les médecins mettaient rarement en usage du temps de Rivière, de peur qu'on ne leur imputât la mort des malades (*propter metum infamiæ, quæ medicis et chirurgis impendet, dum æger post operationem occumbit*).

Les modernes ont soin de spécifier les cas particuliers auxquels ils ont appliqué leurs divers moyens de traitement, et par là ils ont pu arriver à des résultats plus positifs ; mais, je le répète, aucun travail rigoureux n'a encore été fait à ce sujet, en sorte que, présentant ici l'état de la science, je ne peux que faire connaître les médications préconisées, sans en garantir l'efficacité d'une manière absolue.

MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE.

Tous les praticiens sont d'accord pour commencer le traitement par les *émissions sanguines*, aidées des émollients. On ordonne l'application d'un plus ou moins grand nombre de sangsues à la partie antérieure du cou, de fortes saignées, de boissons adoucissantes, de lavements émollients, de fumigations émollientes, etc. Mais on s'est demandé si les émissions sanguines locales avaient ou non plus d'avantages que la saignée. Il y a peu d'années, on aurait répondu sans hésiter que les sangsues étaient préférables ; aujourd'hui on professe généralement une opinion contraire. M. Blache, dans son article du *Dictionnaire*, accorde positivement la préférence à la saignée. Il faut dire cependant que cette opinion n'est point fondée sur une analyse rigoureuse des faits, et que peut-être on a principalement raisonné par analogie. On verra plus tard qu'il est prouvé par l'observation que les symptômes de l'angine tonsillaire sont plus promptement améliorés par la saignée générale que par la saignée locale. Ce résultat s'est-il joint à l'impression de quelques faits particuliers pour faire admettre la supériorité de la saignée ? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider. Quoi qu'il en soit, voici les prescriptions qui pourront être faites quand on voudra employer la médication antiphlogistique pure :

IIe Ordonnance.

A. *Pour un adulte.*

1° Légère décoction d'eau de guimauve et de tête de pavot, édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Une saignée du bras, de 3 à 400 grammes.

3° Quinze à vingt sangsues sur la région du larynx, répétées le soir, si on le juge nécessaire (1).

4° Matin et soir, une fumigation avec la décoction suivante :

Guimauve..............	8 gram.	Tête de pavot...............	n° 1.
Eau....................	500 gram.		

Faites bouillir pendant vingt minutes. Diriger pendant dix minutes la vapeur de cette décoction bouillante vers la gorge. Se couvrir avec soin la tête après la fumigation. Ne pas approcher le vase trop près de la bouche, afin de ne pas augmenter la chaleur locale.

M. Martin-Solon (2) a réussi à enlever les principaux symptômes à l'aide de *fumigations émollientes.*

5° Chaque matin, un lavement d'eau de guimauve, rendu laxatif avec 40 ou 50 grammes de miel mercurial.

6° Diète absolue.

B. *Pour un enfant de six à dix ans.*

1° Recourir aux émissions sanguines locales, et, suivant l'âge, appliquer de quatre à huit sangsues ; ou bien, comme le font beaucoup de médecins, pratiquer une saignée de 80 à 150 grammes chez les enfants qui approchent de dix ans. Il faut avoir soin de ne pas laisser saigner les piqûres des sangsues plus d'une heure et demie, car il vaut mieux revenir à leur application que de déterminer une trop grande déperdition de sang.

2° Trois ou quatre cuillerées à café de sirop de pavot blanc, tous les jours.

3° Permettre un peu de bouillon coupé dès que l'enfant demandera des aliments.

4° Employer les autres moyens prescrits pour l'adulte.

C. *Pour un enfant de deux à six ans.*

1° Réduire le nombre des sangsues à deux ou quatre.

2° Ne donner qu'un lavement huileux.

3° Deux ou trois cuillerées à café de sirop de pavot blanc.

Le reste du traitement doit être le même.

Telle est la médication antiphlogistique et calmante la plus usitée. Il est trop facile de la varier dans ses divers moyens, sauf les émissions sanguines, pour qu'il soit nécessaire de s'en occuper ici.

MÉDICATION INTERNE.

Vomitifs, purgatifs. Mais il est rare que l'on puisse s'en tenir à ces moyens simples, et les menaces de suffocation forcent bientôt le médecin à employer des remèdes plus énergiques. Les vomitifs sont fréquemment administrés, surtout chez les enfants. Dans le premier âge, on prescrit le *sirop d'ipécacuanha à la dose de trois ou quatre cuillerées par jour.* Mais, dans l'affection dont il s'agit, il ne faut pas s'en tenir à une dose déterminée ; il vaut mieux faire prendre le *sirop par cuillerées, jusqu'à ce qu'il ait provoqué de nombreux vomissements.* On a remarqué que ce médicament facilitait l'excrétion des mucosités qui obstruent le larynx. Chez l'adulte, il faut donner le tartre stibié à la

(1) M. Cruveilhier (*loc. cit.*), contrairement à Laz. Rivière, veut qu'on pousse la saignée jusqu'à la syncope. Cette pratique a pour but d'opérer une déplétion rapide, qui affaisse tous les tissus, et qui fasse promptement tomber la turgescence de la glotte.

(2) *Gaz. méd.*, 1834.

dose de 0gr,05 à 0gr,10, soit seul, soit mêlé à 1 gramme d'ipécacuanha, et faire prendre cette quantité en deux ou trois fois. Donné en lavage, à la dose de 0gr,1, dans une pinte de tisane, l'émétique produit des vomissements nombreux et faciles, suivis de selles abondantes, effet qu'il est avantageux d'obtenir.

On emploie rarement les purgatifs, mais on peut mettre en usage l'émétocathartique suivant :

Tartre stibié. . .... 0,05 gram. | Sulfate de soude...... 16 gram.

Dans :

Bouillon aux herbes.............................. 750 gram.

A prendre par verres tous les quarts d'heure.

Le *calomel* fait invariablement partie du traitement opposé par les médecins anglais à la laryngite aiguë, et tous lui donnent de très grands éloges; mais on chercherait vainement dans les faits une confirmation de ce qu'ils avancent. Dans tous les cas, en effet, le calomel est associé à des moyens actifs, tels que le vésicatoire et même la trachéotomie, et il est impossible de distinguer non seulement quelle est son action, mais encore s'il a une action. On verra, dans l'exposé du traitement du docteur Chavasse, comment le calomel est administré.

MÉDICATION EXTERNE.

Vésicatoires. Il est bien rare qu'à ces médicaments, pris à l'intérieur, on ne joigne pas quelques topiques propres à exercer une action révulsive ou dérivative. Le principal est sans contredit le *vésicatoire* placé sur la région laryngienne ou à la nuque, ou sur le sternum, comme l'ont pratiqué les docteurs Arnold et J. Watson Robert (1) ; souvent même on en applique en même temps sur les extrémités inférieures. Les auteurs que je viens de citer ont rapporté plusieurs cas où ce moyen, uni à la saignée et à l'emploi du calomel, a paru avoir de bons effets. Quand on applique plusieurs vésicatoires, surtout chez les enfants, il est bon de les saupoudrer de camphre, afin d'éviter l'action des cantharides sur la vessie.

Dans une maladie qui marche aussi rapidement, il importe de rendre les médicaments qu'on emploie le plus promptement actifs qu'il est possible ; aussi est-ce le cas de faire usage du *vésicatoire à l'extrait éthéré de cantharides*, qui, d'après les expériences de M. Trousseau, agit plus promptement et plus sûrement que le vésicatoire ordinaire, et qui n'occasionne pas, dit ce thérapeutiste (2), des accidents vers les organes génito-urinaires, *pourvu qu'on ne le laisse que huit heures environ en contact avec la peau.* J'emprunte au même auteur la description de la préparation de ces vésicatoires :

Vésicatoire à l'extrait éthéré de cantharides.

℞ Poudre de cantharides.. 100 gram. | Éther sulfurique............ Q. s.

Faites une teinture éthérée de cantharides par lixiviation (dans un appareil à déplacement); distillez cette teinture pour en retirer l'éther, et vous obtiendrez une huile verte, épaisse et très vésicante (*Codex*, 602).

(1) *Med. chir. Transact. of Lond.*, vol. IX, p. 31, 1818, et vol. XI, 1819, p. 135.
(2) *Traité de thérapeut. et de mat. méd.*, t. Ier, p. 442.

Cette huile obtenue, on fait le vésicatoire de la manière suivante :

On taille un morceau de papier brouillard de la forme et de la grandeur du vésicatoire qu'on veut établir; on le colle sur une feuille de diachylum, puis on y verse quelques gouttes d'extrait, de manière à l'imbiber légèrement, sans toutefois que l'expression puisse en faire sortir une seule gouttelette. Le sparadrap est ensuite appliqué sur la peau.

Cinq heures suffisent quelquefois pour que la vésicule soit formée.

Nous avons aussi, ajoute M. Trousseau, fait préparer, pour le pansement des vésicatoires, des papiers de différentes épaisseurs que nous avons fait enduire de cire dans les proportions de 1/10, 1/15, 1/20, 1/25 d'extrait de cantharides pour 1 partie de cire jaune. De cette manière, on a des papiers à pansement de divers numéros, selon le degré d'activité suppurative que l'on veut donner au vésicatoire.

Un vésicatoire qui agit encore plus promptement et dont la confection est bien moins difficile, est le *vésicatoire magistral*, dont voici la formule :

℞ Poudre de cantharides. .	16 gram.	Vinaigre.	Q. s.
Farine de froment.	16 gram.		

Mêlez pour avoir une masse molle, que l'on applique sur la peau.

Quel que soit le vésicatoire que l'on emploie, il faut l'entretenir jusqu'à ce que les symptômes généraux aient disparu et que les symptômes locaux se soient amendés.

L'inconvénient de ce moyen thérapeutique est de déterminer une excitation plus ou moins marquée, et, par conséquent, de tendre à augmenter le mouvement fébrile, surtout chez les enfants. Aussi la plupart des auteurs recommandent-ils de ne l'employer qu'à l'époque du déclin de la maladie, c'est-à-dire lorsque les symptômes d'asphyxie commencent à prédominer; mais il faut prendre garde aussi de laisser passer ce moment, car alors l'action du vésicatoire ne pourrait plus se faire sentir.

Frictions avec l'huile de croton tiglium. On a encore conseillé, et M. Blache (*loc. cit.*) préfère au vésicatoire l'huile de croton tiglium en frictions sur le larynx ou autour du cou. Le mélange suivant est le plus convenable pour ces frictions :

℞ Huile de croton tiglium.	10 à 12 gouttes.	Huile d'olive.	2 gram.

Imprégnez un morceau de flanelle de ce mélange, et frictionnez deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce qu'il se manifeste une rubéfaction marquée.

Ce moyen agit dans le même sens que le précédent; mais il a une action moins bien déterminée.

Autres topiques irritants. Des topiques irritants sont aussi très fréquemment appliqués à une distance plus ou moins grande du siége de l'affection. On emploie les cataplasmes sinapisés ou les sinapismes purs; les pédiluves, les manuluves sinapisés, ou rendus irritants à l'aide de l'acide hydrochlorique, ainsi qu'il suit :

℞ Acide hydrochlorique. .	180 gram.	Eau chaude.	Q. s.

Chez les enfants, dont la peau est plus délicate et plus sensible, et chez lesquels aussi la quantité d'eau nécessaire pour un bain de pied est beaucoup moindre, on ne devra employer que 50 à 60 grammes d'acide.

Adjuvants. A tous ces moyens, qui doivent faire la base du traitement, on joint comme adjuvants des cataplasmes, des fomentations émollientes autour du cou.

On a soin de maintenir dans la chambre du malade une température douce, et rendue légèrement humide par l'évaporation d'une petite quantité d'eau.

Trachéotomie. Lorsque ces divers agents thérapeutiques ont échoué, faut-il avoir recours à la trachéotomie, comme moyen extrême? Nous avons vu qu'Arétée n'avait aucune confiance dans ce moyen; mais son opinion est loin d'avoir prévalu. Ainsi nous voyons déjà Riolan (1) se prononcer formellement pour cette opération: « *Si*, dit Riolan, *nihil proficiat*, *neque colli scarificatio*, *ad* bronchotomiam *deveniendum.* » Je ne citerai pas tous les auteurs qui ont donné le même précepte; je me bornerai à dire que les médecins modernes s'accordent à reconnaître que, lorsque la suffocation est imminente, l'opération est indiquée. On objectera peut-être que, puisque sur le cadavre on ne trouve pas de tuméfaction très considérable, la difficulté de la respiration n'est pas la seule cause de la mort. Mais on peut répondre, comme je l'ai déjà fait, que la tuméfaction a sans doute disparu, et que d'ailleurs les signes d'asphyxie prouvent suffisamment que l'obstacle apporté à l'hématose est, sinon l'unique, du moins la principale cause de la mort. Si j'ajoute qu'il est démontré par plusieurs exemples que le croup véritable peut exister sans qu'on puisse s'assurer de l'existence des fausses membranes, on reconnaîtra que, dans un pareil doute, on doit encore moins hésiter à pratiquer la trachéotomie. J'insiste sur ce point, parce que, dans un bon nombre des observations que j'ai parcourues, ce moyen a été négligé, et que la mort a été la terminaison presque constante. On peut même dire que les cas de guérison ont été d'heureuses exceptions. Plusieurs médecins anglais ont eu recours à la trachéotomie, et quelques uns avec succès; mais nous avons vu plus haut que les cas pour lesquels ils avaient pratiqué cette opération étaient douteux pour la plupart, en sorte qu'il n'est pas permis de dire qu'il y eût toujours indication d'opérer. Dans trois cas de brûlure de la glotte, la bronchotomie fut pratiquée, et deux fois avec succès. Il me paraît évident que, dans des circonstances aussi graves, on ne peut pas hésiter, et que même il faut pratiquer l'opération, autant que possible, plus tôt qu'on ne le fait ordinairement.

Résumé; ordonnances. A cet exposé des divers moyens thérapeutiques le plus fréquemment employés, je vais joindre, comme exemple, le traitement mis en usage dans les cas observés par M. Constant, et puis je ferai connaître celui qu'a employé le docteur Chavasse, parce qu'il présente quelques particularités que je n'ai pas encore pu mentionner.

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT MIS EN USAGE DANS LES CAS OBSERVÉS PAR CONSTANT, CHEZ LES ENFANTS DE CINQ A SIX ANS (2).

Le premier jour de l'observation, quatrième de l'affection :

1° Appliquer huit sangsues sur la région antérieure du cou.

2° Un lavement purgatif.

3° Des sinapismes aux extrémités inférieures.

4° Ipécacuanha. (Constant n'indique pas la dose.)

(1) *Incheiridium anat.*, lib. V, cap. XIII.

(2) Le traitement devant être très actif, j'ai cru devoir donner l'ordonnance pour chaque jour.

IVe Ordonnance.

Deuxième jour de l'observation, cinquième de l'affection :

1° Tisane de mauve.

2° ℞ Calomel........................ 0,75 gram.

Divisez en trois paquets à prendre dans les vingt-quatre heures.

3° Frictions sur le cou, avec l'huile de croton tiglium.

4° Un vésicatoire à la nuque.

5° Diète.

Ve Ordonnance.

Troisième jour de l'observation :

1° Six sangsues au cou.

2° Un vésicatoire à chaque cuisse.

3° Sirop d'ipécacuanha. (La dose n'est pas indiquée.)

VIe Ordonnance.

TRAITEMENT EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS PAR LE DOCTEUR HENRY CHAVASSE, CHEZ UNE JEUNE FILLE DE VINGT ANS.

Premier jour de l'observation, deuxième de l'affection :

1° Une saignée de 1,000 grammes.

2° Après la saignée, dix-huit sangsues au cou.

3° Lavement purgatif *illico*.

℞ Calomel............	16, gram.	Conserve de roses.........	Q. s.
Opium en poudre....	0,1 gram.		

Faites six pilules.

A prendre une toutes les trois heures dans une ou deux cuillerées de la mixture suivante :

℞ Acétate d'ammoniaque liquide.	12 gram.	Mixture camphrée...........	160 gram.

Mêlez.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Dans la période d'excitation et de fièvre.* Tisanes adoucissantes et légèrement calmantes; saignée copieuse chez l'adulte; sangsues à la région laryngienne, répétées plusieurs fois; cataplasmes émollients; fumigations émollientes et narcotiques; opiacés; vomitifs; éméto-cathartiques; purgatifs.

2° *Dès que la période d'asphyxie commence.* Révulsifs et dérivatifs; vésicatoires sur la région laryngienne, à la nuque, aux extrémités inférieures; frictions autour du cou avec l'huile de croton tiglium; sinapismes aux extrémités; pédiluves et manuluves sinapisés, ou rendus excitants à l'aide de l'acide hydrochlorique.

3° Dès qu'il devient évident que ces moyens sont insuffisants, pratiquer la trachéotomie (1).

(1) *Voy.*, pour les détails de l'opération et les soins consécutifs, l'article *Œdème de la glotte*, elle sera décrite avec les plus grands détails.

ARTICLE II.

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.

Dans tous les traités généraux, dans tous les articles consacrés aux maladies du larynx, la laryngite chronique simple a trouvé sa place et a été décrite comme s'il était assez commun d'en rencontrer des exemples. C'est là néanmoins une manière de voir qu'on ne saurait adopter sans restriction. Si en effet on veut parler de la laryngite chronique légère, de celle qui ne consiste qu'en un enrouement plus ou moins marqué, avec un sentiment de gêne dans l'organe de la voix, il est certain qu'on a assez fréquemment occasion d'observer cette maladie; mais s'il s'agit d'une laryngite chronique donnant lieu à des accidents graves et demandant un traitement actif, il est facile de s'assurer que la science est très pauvre en observations semblables, et que presque tous les faits cités sont relatifs à une autre forme de laryngite que l'inflammation simple de la muqueuse laryngienne. Cependant on en possède quelques cas, et c'est d'après eux que j'exposerai ce que nous savons de plus positif sur cette maladie.

Comme pour la laryngite aiguë simple, et pour les mêmes raisons, j'aurai soin, dans la description suivante, de présenter séparément ce qui est relatif à la laryngite chronique légère et à la laryngite chronique intense.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

La laryngite chronique simple est celle qui affecte uniquement les parties molles du larynx sans déterminer d'altération profonde de substance; celle, en un mot, qui consiste en une inflammation bornée à la membrane muqueuse, et qui parcourt lentement ses périodes.

Comme je l'ai dit plus haut, la laryngite chronique légère est assez fréquente; on voit souvent des sujets, d'ailleurs bien portants, avoir une voix rauque, sourde, désagréable, presque éteinte, symptôme qu'on ne peut rapporter qu'à une irritation chronique de l'organe de la voix.

Sous le nom de *laryngite chronique*, beaucoup d'auteurs ont réuni, dans une seule et même description, la laryngite chronique simple et toutes les autres espèces de laryngites qui se développent lentement et font de continuels progrès. Je ne crois pas devoir suivre cet exemple, parce que, sous le rapport de quelques symptômes, et surtout sous celui de la gravité et de la terminaison, la laryngite chronique *simple* se distingue entièrement des autres. Cherchons donc, dans le petit nombre d'observations que nous possédons, à caractériser l'inflammation simple du larynx à l'état chronique.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous savons positivement que le jeune *âge* est exempt de cette affection, à moins qu'elle ne succède au croup, comme cela a eu lieu dans deux cas cités par MM. Belloc et Trousseau (1). Matt. Baillie affirme que cette affection est

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*; 1835, observ. 15.

plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (1). Cette proposition est exacte relativement à la laryngite légère, mais il ne s'ensuit pas qu'il y ait dans le *sexe* masculin une prédisposition plus grande à contracter cette affection ; la différente manière de vivre des deux sexes paraît seule être cause de cette fréquence plus grande de la laryngite chronique légère chez les hommes, car lorsque les femmes prennent les mêmes habitudes, elles en sont aussi facilement atteintes. Voilà tout ce que nous savons sur les causes prédisposantes de la laryngite chronique simple ; l'influence du tempérament, de la constitution, de l'habitation, etc., ne nous est pas connue.

2° Causes occasionnelles.

Laryngite chronique légère. Comme la laryngite aiguë légère, elle consiste presque entièrement en un simple enrouement, dont les causes déterminantes ne sont pas difficiles à saisir. Les individus qui en sont affectés font habituellement de *grands efforts de voix*, qui, à la longue, finissent par altérer profondément la pureté des sons. Ainsi les crieurs publics, les marchands ambulants, les chanteurs des rues, sont fréquemment affectés de cette maladie à son plus haut degré. Les chanteurs qui ne sont exposés qu'à des fatigues de voix momentanées, et qui d'ailleurs savent se ménager, ne présentent pas l'affection à un aussi haut degré ; mais après des fatigues plus ou moins prolongées, la voix, d'abord claire, se voile sensiblement ; la cause est la même et produit les mêmes résultats, mais à un moindre degré, parce qu'elle est plus faible.

Lorsque l'habitude des *excès alcooliques* vient se joindre à la cause dont je viens de parler, la production de la maladie est presque infaillible. On en a la preuve dans les exemples nombreux fournis par les filles publiques, et surtout par celles du plus bas étage, qui se livrent journellement à des excès de boisson. Les alcooliques ont-ils quelque part dans la production de la maladie, ou bien les grands efforts de voix, devenant beaucoup plus fréquents pendant l'ivresse, suffisent-ils seuls pour déterminer l'irritation chronique du larynx? Il est difficile de répondre à cette question. Cependant, si l'on considère que, pendant l'ivresse, des cris qui tiennent du râle sont souvent poussés, que le larynx et la gorge semblent déchirés par les sons qui les traversent, on est porté à croire que la fatigue si grande qui en résulte agit seule sur l'organe. Si quelques individus sont pris d'un enrouement passager le lendemain d'une orgie, ce sont uniquement ceux qui ont fait les plus grands efforts de voix, et chez eux l'introduction de l'alcool dans les voies digestives ne paraît avoir qu'une faible influence. Or il est facile de concevoir qu'une irritation semblable, répétée à des intervalles rapprochés, produise, au bout d'un certain temps, une inflammation chronique.

Les grandes *fatigues corporelles* ont été données comme causes de laryngite chronique légère. Il est certain, et tous les physiologistes l'ont reconnu, que la fatigue générale se fait sentir d'une manière remarquable sur le larynx. C'est par l'altération de la voix que commence la fatigue, et c'est par elle qu'elle finit. On en a une preuve dans les maladies des autres organes. Les forces ne sont pas encore abattues que la voix a déjà faibli sensiblement ; et lorsque le retour de la vigueur

(1) *Lectures and observ. on med., by late Matthew Baillie* ; Lond. 1825.

naturelle est déjà évident, la voix conserve, en grande partie, son affaiblissement morbide; certains sons, qui étaient facilement émis, ne sortent pas, ou ne sortent que voilés. Ce sont surtout les notes aiguës qui souffrent de cette fatigue. Le fait est donc démontré; mais doit-on regarder cette altération de la voix comme le résultat d'une véritable laryngite? Je ne le pense pas. C'est une altération des fonctions due au peu d'énergie des muscles laryngiens par suite de l'épuisement. La cause dont il s'agit ne peut donc pas être rangée parmi celles de la laryngite chronique. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du diagnostic.

Laryngite chronique intense. La plupart des auteurs ayant, comme je l'ai dit, décrit la laryngite simple avec les autres espèces, sans établir de distinction bien tranchée, il est difficile de reconnaître dans leurs écrits ce qui appartient en propre à la maladie dont il est question ici. Voici à quoi se bornent nos documents. Les docteurs J. Graves et W. Stokes (1) disent qu'ils ont observé un certain nombre de cas de laryngite chronique déterminée par le *froid*, mais ils n'entrent dans aucune explication à ce sujet. Baillie (*loc. cit.*) dit que cette maladie est commune en Angleterre. Enfin, MM. Trousseau et Belloc (2) rapportent deux observations où l'on voit les symptômes d'une laryngite survenir après un *croup*, pour lequel on avait pratiqué la trachéotomie, et durer pendant trois semaines, jusqu'au moment où l'on mit en usage un traitement approprié.

L'*inspiration* longtemps prolongée de *substances irritantes*, soit en poudre, soit en vapeur, peut-elle donner lieu à la laryngite chronique? C'est ce qu'il est permis de penser, mais ce qui n'est point encore rigoureusement démontré par des faits bien observés.

§ III. — Symptômes.

Laryngite chronique légère. Le principal symptôme est l'*altération de la voix.* Cette altération peut varier à l'infini: lorsqu'elle est légère, la voix est rauque, dure à l'oreille, un peu couverte; lorsqu'elle est parvenue à son plus haut degré, la voix est basse, râlante; on entend dans la gorge une espèce de sifflement qui se mêle à tous les sons, et le sujet affecté est obligé, pour se faire entendre, de faire des efforts extrêmement sensibles. Les sons aigus sont ceux qui sont le plus profondément altérés, et souvent même ils sont presque entièrement perdus. Il est rare qu'une véritable douleur dans le larynx accompagne cette altération de la voix; mais il existe une gêne plus ou moins marquée, qui excite à faire des efforts d'expiration, accompagnés d'un bruit râlant comme pour chasser un corps étranger. Ces efforts ne sont ordinairement suivis d'aucune expectoration; lorsque quelques crachats sont excrétés, ils n'ont pas de caractères particuliers.

Quant à la *pression* exercée sur le larynx, à l'*inspection*, à l'*auscultation*, il est facile de concevoir qu'elles ne révèlent aucun signe d'une valeur réelle. Les symptômes généraux sont entièrement nuls; la maladie est essentiellement locale.

Laryngite chronique intense. C'est surtout lorsqu'il s'agit de décrire les symptômes de cette espèce de laryngite, que le défaut de faits non douteux se fait sentir. Comment, en effet, trouver dans les auteurs une description de la laryngite

(1) *Clinical report of cases in the med. words of the meat hospital;* in *Dublin hospital reports*, vol. V; 1830.
(2) *Loc. cit.*, p. 113 et 114.

simple chronique, lorsqu'ils n'ont pas le soin d'établir une division rigoureuse fondée sur les signes qui peuvent faire distinguer les unes des autres les laryngites chroniques avec ou sans lésions profondes? Parmi les observations que j'ai consultées, il en est beaucoup qui n'ont point elles-mêmes toute l'utilité qu'elles devraient avoir, parce qu'il est presque toujours impossible de se défendre de quelques doutes sur la réalité de l'absence de toute lésion ulcéreuse ou autre. C'est assurément une impression que partageront tous ceux qui les liront attentivement. Cherchons, avec le peu de matériaux qu'il est permis de mettre en œuvre, à donner une idée de cette affection si mal connue.

L'*enrouement*, le *râlement de la voix*, l'*aphonie*, se font encore remarquer dans ce degré de la laryngite chronique simple, et ils sont plus intenses que dans la laryngite légère, mais ils ne le sont jamais autant que dans la laryngite ulcéreuse, où les cordes vocales sont si souvent détruites. Dans près de la moitié des cas cités par M. Trousseau, la voix fut seulement voilée.

La *douleur du larynx*, qui manquait dans la laryngite légère, se fait sentir dans celle-ci; elle est ordinairement peu intense, mais fatigante en ce qu'elle se reproduit toutes les fois que le malade parle, et surtout quand il tousse. Quelques auteurs ont avancé que la pression sur le larynx était douloureuse; mais s'agissait-il bien d'une laryngite simple? C'est ce qui est loin d'être démontré.

La *toux* n'a aucun caractère particulier; elle est gutturale comme dans la laryngite légère, et presque toujours provoquée par une sensation de gêne dans l'organe, semblable à celle que produirait un corps étranger de petit volume. Une *expectoration* de crachats jaunâtres ou grisâtres, opaques, non striés de sang, a été notée le plus souvent. Quelquefois les crachats sont pelotonnés, presque concrets; c'est surtout le matin que ces derniers sont excrétés.

La *gêne de la respiration* n'a généralement pas été étudiée d'une manière convenable. Dans deux des cas cités par MM. Trousseau et Belloc, il y avait un peu de dyspnée quand les sujets se livraient à un exercice un peu violent, comme celui de monter un escalier, de courir, ou même de marcher un peu vite. L'inspiration était sifflante, surtout lorsque les malades parlaient. Il est inutile de dire qu'en pareil cas l'*auscultation du larynx* devait faire entendre les râles vibrants qui se produisent lorsque cet organe est rétréci ou obstrué par une substance visqueuse. Mais, suivant M. Beau (1), la laryngite chronique ne donne ordinairement lieu qu'à de légers râles bullaires, dus au déplacement facile de la matière muqueuse, par l'air qui traverse le larynx. Il est fâcheux que cette proposition, comme au reste presque toutes celles qui sont relatives à l'auscultation du larynx, ne soit présentée qu'à l'état de généralité, et ne soit pas appuyée sur des faits convenablement exposés.

Y a-t-il, dans cette affection, des *symptômes généraux?* S'il en existe, ils sont du moins très faibles. Il n'en est pas question dans la plupart des cas rapportés par MM. Trousseau et Belloc; et dans ceux qui sont cités par d'autres auteurs, ils paraissent toujours dus à une complication quelconque. Il en résulte que la laryngite chronique *simple* n'est pas une maladie très alarmante, et c'est peut-être là un motif du peu de soin qu'on a mis à l'étudier.

(1) *Etudes théor. et prat. sur les diff. bruits qui se prod. dans les voies respir.* (*Archiv. gén. de méd.*; 1840, t. IX).

Les symptômes que je viens de décrire peuvent, suivant tous les auteurs, acquérir une très grande intensité. A ce sujet, je citerais un cas emprunté à M. Fournet par MM. Trousseau et Belloc, si un épaississement considérable, joint à une dureté squirrheuse qui rendait le tissu cellulaire semblable à un véritable tissu lardacé, ne venait jeter des doutes sur la simplicité de la laryngite. Il est fâcheux que ni M. Fournet, auteur de l'observation, ni MM. Trousseau et Belloc, n'aient fait connaître leur opinion sur ce point. Je n'ai pas besoin de dire que cet état des parois du larynx occasionnait un rétrécissement notable de la glotte.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme chacun sait, la *marche* de la laryngite chronique légère présente des irrégularités plus ou moins grandes, suivant que les sujets se livrent plus ou moins aux excès qui l'ont produite et qui l'entretiennent. Quant à la laryngite chronique intense, le défaut d'un nombre suffisant d'observations ne permet pas d'avoir une opinion arrêtée sur ce point.

Il en est de même de la *durée*. Nous savons positivement que la laryngite chronique légère a une durée illimitée, car nous en avons journellement des exemples sous les yeux; mais pour la laryngite chronique intense nous sommes dans un embarras dont nous ne pourrions sortir que par de pures hypothèses.

Il est inutile de dire que la première de ces deux affections n'occasionne jamais la mort. Quant à la seconde, plusieurs auteurs, tant anciens que modernes, pensent que la laryngite chronique simple, lorsqu'elle est négligée, peut dégénérer en laryngite ulcéreuse; d'où il suivrait que cette affection serait susceptible d'avoir une *terminaison* funeste. Parmi les modernes, M. le professeur Cruveilhier est celui qui s'est prononcé le plus positivement à cet égard. Il dit (1) : « J'ai vu les » individus les plus vigoureux et les moins prédisposés succomber victimes de » cette maladie..... La marche d'un certain nombre de laryngites m'a montré une » diminution notable dans les symptômes obtenue à plusieurs reprises par l'effet » d'une médication convenable, des rechutes à la suite d'imprudences ; de telle » sorte que la phthisie laryngée a été évidemment le dernier terme de la laryngite » chronique, aggravée par plusieurs recrudescences. »

Ces raisons sont-elles suffisantes ? Je ne le pense pas. Qu'est-ce qui prouve, en effet, que les laryngites, survenues chez les sujets vigoureux dont parle M. Cruveilhier, n'étaient pas, dès le principe, des laryngites ulcéreuses, et probablement des laryngites syphilitiques ? La diminution notable des symptômes à des intervalles variables ne suffit pas, car on sait qu'elle se remarque aussi dans la laryngite chronique ulcéreuse. Jusqu'à ce que les faits aient prononcé, nous devons nous abstenir de tout jugement sur ce point, quoique l'analogie doive nous faire penser que les ulcères du larynx ne sont réellement pas la terminaison d'une inflammation pure et simple. C'est un sujet sur lequel je reviendrai à l'occasion de la laryngite ulcéreuse. Quant à présent, je me borne à constater que la terminaison de la laryngite chronique simple, à son degré le plus intense, n'a pas été convenablement étudiée, et que, par conséquent, tout ce qu'on en dit dans les articles généraux peut être plus ou moins probable, mais n'est nullement prouvé.

(1) *Dict. de méd. prat.*, t. XI.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations organiques que la laryngite chronique laisse après elle n'ont été étudiées que dans des cas où cette maladie existait comme complication d'une maladie de poitrine, et encore n'est-ce que les cas de laryngite chronique grave qui ont été soumis à un examen attentif. Je ne dirai donc rien des lésions anatomiques de la laryngite chronique légère ; mais j'exposerai en peu de mots ce qui a été trouvé chez les sujets morts avec une laryngite chronique simple complicante, parce que tout porte à croire que cette maladie, à l'état idiopathique, n'offre pas d'autres lésions. C'est à M. Andral (1) que j'emprunterai cette description, car lui seul l'a tracée d'une manière complète.

On trouve une rougeur tantôt générale, tantôt partielle de la face interne du larynx. Assez fréquemment cette rougeur n'occupe que la face laryngienne de l'épiglotte ; quelquefois elle est bornée au fond des ventricules, et M. Andral n'a, dans quelques cas de phthisie, trouvé que cette rougeur si bornée, alors même que la voix avait été éteinte pendant un temps assez long, de telle sorte qu'il est porté à attribuer l'aphonie, non à cette faible lésion, mais à une sécrétion surabondante de mucosités.

Souvent il existe un ramollissement notable de la membrane muqueuse du larynx, une augmentation considérable de son volume, et enfin un développement de petites taches d'un blanc mat, que leur forme régulière, leur saillie, leur injection « qui occupe soit leur périphérie, soit leur centre, à l'instar des deux cercles » vasculaires de l'iris », portent M. Andral à regarder comme des follicules muqueux enflammés.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

1° *Diagnostic.* Il est extrêmement facile de reconnaître la laryngite chronique légère, et l'on ne peut guère la confondre avec aucune autre affection, lorsqu'elle a déjà duré un certain temps. Si en effet on observe, pour tous symptômes, la raucité de la voix et une légère toux gutturale, qui semble avoir pour but de débarrasser les voies aériennes d'un corps qui les gêne, et si la santé générale persiste, on ne peut pas croire à l'existence d'une autre maladie qu'une irritation légère du larynx. Mais le cas est plus difficile lorsque l'affection est encore à son début. Nous verrons que les autres espèces de laryngite chronique ont toutes des commencements peu inquiétants, et que les symptômes qu'elles présentent d'abord ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été assignés plus haut à l'espèce dont il s'agit.

Mais si l'on songe que, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, la laryngite chronique avec altération profonde des tissus n'est qu'une complication d'une autre maladie, on sera conduit, par voie d'exclusion, à réduire le diagnostic à la comparaison de la laryngite chronique simple avec la *laryngite syphilitique.* Or, pour distinguer ces deux affections, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas, sur d'autres parties du corps, des signes de syphilis constitutionnelle, tels qu'ulcères et syphilides de toute espèce ; on doit aussi inspecter avec soin le pharynx, car ses parois peuvent présenter des ulcérations caractéristiques. Les antécédents

(1) *Clinique méd.*, 3e édit., t. IV, p. 187 et suiv.

du malade seront interrogés rigoureusement; en un mot, il faut par tous les moyens s'assurer de l'existence ou de la non-existence du virus syphilitique. Si l'on ne peut y parvenir, et si toute la maladie est renfermée dans le larynx, le temps seul pourra éclairer le praticien, en lui démontrant l'innocuité de la laryngite simple légère.

Le diagnostic de la *laryngite chronique intense* est environné de la plus profonde obscurité. Il est facile de s'assurer qu'il existe une laryngite; mais à quoi peut-on reconnaître que c'est une laryngite simple plutôt que toute autre espèce? Voilà ce que les auteurs n'ont pas suffisamment éclairci, et voilà ce que l'insuffisance des observations ne nous permet pas d'indiquer d'une manière satisfaisante. Exposons le diagnostic d'après le peu de documents qu'on trouve dans les auteurs.

Parmi les maladies dont le siége n'est point dans le larynx, il n'en est guère qui puissent réellement donner lieu à une erreur de diagnostic. Les *affections du pharynx* sont accessibles à la vue, et la seule inspection suffit pour les faire reconnaître. Il n'y aurait donc que les *tumeurs* développées plus profondément, mais toujours aux environs du larynx, qui, en déterminant la gêne de la respiration, la raucité, l'aphonie, pourraient faire croire, dans les premiers temps, à une laryngite chronique simple. Lorsqu'il s'agira de ces tumeurs, je dirai un mot de ce diagnostic dont les difficultés sont très grandes; il serait prématuré d'en parler ici.

Parmi les affections qui ont leur siége dans le larynx, celles qui peuvent être le plus facilement confondues avec la laryngite simple chronique sont l'aphonie nerveuse, la laryngite ulcéreuse, et la présence de corps étrangers dans le larynx.

L'*aphonie nerveuse* se distingue de la laryngite chronique simple: 1° par l'état de la voix, qui est toujours plus ou moins éteinte, et cela presque dès le début de l'affection, quelquefois même brusquement; dans la laryngite, au contraire, la voix, nous l'avons vu, est seulement rauque, ou si elle est éteinte, comme dans les cas cités par M. Andral, ce n'est qu'après une assez longue durée de la maladie; 2° il n'y a, dans l'aphonie nerveuse, ni gêne dans le larynx, ni douleur, ni dyspnée, à moins de complication; le contraire existe, quoique à un faible degré, dans la laryngite; 3° pas d'expectoration dans l'aphonie nerveuse.

Avant de comparer la *laryngite ulcéreuse* à la laryngite chronique simple, il faut avoir soin de distinguer celle qui est de nature syphilitique ou cancéreuse de celle qui ne l'est pas.

La *laryngite ulcéreuse non syphilitique* et *non cancéreuse* est presque toujours une complication de la phthisie pulmonaire. C'est un point qui sera discuté plus loin. Ainsi donc tout ce qui fait reconnaître la phthisie commençante (car dans les cas de phthisie confirmée il n'y a aucune difficulté) servira à faire établir le diagnostic. L'amaigrissement, la toux, les sueurs nocturnes, l'affaiblissement et surtout l'altération du son de la poitrine et du bruit respiratoire sous les clavicules, devront être recherchés avec soin; car aucun de ces symptômes n'existe dans la laryngite simple idiopathique. Dans quelques cas, l'examen du malade n'ayant pas été fait avec tout le soin convenable, on a cru que la laryngite existait seule, quoiqu'il n'en fût rien; cela prouve que quelquefois le diagnostic devient très difficile, car les signes pectoraux, qui seuls peuvent nous guider, sont alors très légers.

Quand la laryngite ulcéreuse est de nature *cancéreuse*, on a pour se guider dans le diagnostic: 1° les signes de cachexie cancéreuse: amaigrissement, faiblesse, lan-

gueur, teint jaune-paille, et quelquefois la présence de tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps; 2° la douleur, généralement plus vive que dans la laryngite simple; 3° la crépitation causée par la pression sur les cartilages du larynx, lorsque les désordres sont considérables; 4° l'expectoration, qui n'a dans la laryngite simple aucun caractère, ainsi que nous l'avons vu, et qui, dans la laryngite cancéreuse, se présente sous forme de crachats filants ou spumeux, mêlés d'une quantité variable de pus et de sang, et quelquefois de détritus des cartilages corrodés; 5° enfin, l'inspection de l'arrière-gorge. On peut, en effet, dans le cancer ulcéré du larynx, apercevoir une tuméfaction, une déformation, et souvent une destruction partielle de l'épiglotte, qui fait reconnaître la nature de la maladie.

Il est beaucoup plus difficile, comme je l'ai déjà dit, de distinguer au début la laryngite chronique simple de la *laryngite syphilitique*. J'ai indiqué plus haut (page 119) quels étaient les moyens d'y parvenir. J'ajouterai seulement ici que la laryngite chronique simple peut exister longtemps sans amener de grands désordres dans l'état général du malade; il n'en est pas de même de la laryngite syphilitique, qui, outre une altération plus profonde de la voix, et souvent une expectoration purulente et sanglante, finit par produire une véritable cachexie dont le traitement le mieux indiqué a quelquefois beaucoup de peine à tirer le sujet.

On a cité des cas dans lesquels des *corps étrangers* d'un petit volume sont longtemps restés dans le larynx et y ont causé des accidents qu'on pourrait confondre avec les symptômes de la laryngite chronique simple. Mais une seule considération suffira pour établir le diagnostic. Lorsqu'un corps étranger reste longtemps dans le larynx, on observe des intervalles de calme très marqués et très fréquents; c'est ce qui n'a pas lieu dans la laryngite chronique simple.

Quant à l'*auscultation du larynx*, on n'a pas encore déterminé définitivement sa valeur dans le cas dont il s'agit. Celle de la poitrine serait peut-être plus utile; car la présence des corps étrangers peut rendre le bruit respiratoire plus faible dans tout le thorax.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC (1).

1° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de l'aphonie nerveuse.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	APHONIE NERVEUSE.
Voix rauque; *rarement éteinte*, et seulement à une époque avancée de la maladie.	*Voix* plus ou moins *éteinte*, peu de temps après le début, ou brusquement.
Douleur du *larynx*; *respiration* gênée, quelquefois sifflante.	Point de *douleur*; point de *gêne*; point de *difficulté de la respiration*.
Expectoration de crachats muqueux.	Pas d'*expectoration*.

2° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite ulcéreuse non syphilitique et non cancéreuse, à son début.*

LARYNGITE SIMPLE CHRONIQUE.	LARYNGITE ULCÉREUSE, AU DÉBUT.
État général parfait, *aucun signe de tubercules*.	Presque toujours, *signes* généraux et locaux des *tubercules pulmonaires*.

(1) Je ne présente dans ce tableau que le diagnostic de la laryngite chronique intense; car pour la laryngite chronique légère, il est trop facile pour avoir besoin d'être résumé.

3° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite ulcéreuse cancéreuse.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE CANCÉREUSE.
État général parfait.	Amaigrissement, faiblesse, langueur, teint jaune-paille (cachexie cancéreuse).
Douleur légère,	*Douleur* vive.
Pas de *crépitation*.	Quelquefois *crépitation* produite par la pression sur les cartilages du larynx.
Expectoration de matières purement muqueuses.	*Expectoration* de matières muco-purulentes ; détritus cartilagineux.
On ne découvre rien dans l'*épiglotte* quand on peut la voir distinctement.	Quelquefois épaississement, déformation, ulcères de l'*épiglotte*.

4° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite syphilitique.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE SYPHILITIQUE.
Point d'*infections* vénériennes.	*Infections* vénériennes antécédentes.
Ni *ulcères* vénériens, ni *syphilides*, ni *exostoses*.	*Ulcères* vénériens; syphilides sur d'autres parties du corps; *exostoses*, etc.
Expectoration toujours muqueuse.	A une époque avancée de la maladie, *expectoration* de matières muco-purulentes.
État général bon.	*Cachexie* syphilitique.

5° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et des corps étrangers séjournant longtemps dans le larynx.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX.
Commémoratifs nuls:	*Commémoratifs* : suffocation subite lors de l'introduction du corps étranger.
Accès de suffocation *peu marqués ;* gêne de la respiration toujours existante.	*Accès* de suffocation *plus ou moins violents* séparés par de nombreux intervalles de calme profond.

Pronostic. Suivant les auteurs qui se sont le plus occupés de l'inflammation chronique du larynx, la laryngite simple tend naturellement à la guérison ; les excès et les imprudences du sujet entretiennent seuls son mal, et souvent l'aggravent. Quelques médecins ont signalé cette bénignité de la laryngite chronique simple comme pouvant servir à éclairer le diagnostic.

§ VII. — Traitement.

On ne doit pas s'attendre, à propos d'une maladie qui a été si légèrement étudiée, à une appréciation toujours rigoureuse des diverses méthodes de traitement mises en usage. C'est ce qu'avait déjà remarqué le docteur J. K. Walker en 1822 (1), et ce qui est encore vrai aujourd'hui. « Si nous nous en rapportons, dit cet auteur, » aux écrits publiés sur ce sujet, les sangsues, les vésicatoires, les frictions mercu- » rielles, l'émétique, l'hydrochlorate d'ammoniaque, et le calomel, sont autant de » moyens qui comptent des succès; mais on n'a pas eu soin de noter (ce qui était » indispensable) quel était le degré de la maladie. » En d'autres termes, les auteurs ont négligé de faire la part des diverses espèces de laryngite. Bornons-nous donc à

(1) *The London Medical Reposit.*, t. XVII.

indiquer aux praticiens les moyens proposés, laissant à l'expérience le soin de prononcer sur leur valeur réelle.

1° La *laryngite chronique légère* ne demande véritablement aucun traitement. Changer les conditions hygiéniques, mettre un terme aux excès de tout genre qui ont fait naître cette affection de peu d'importance, c'est là tout ce que le médecin doit recommander. Les sujets qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, comme les chanteurs, devront non seulement changer leurs habitudes, mais encore se condamner pendant quelque temps à un silence presque absolu, et faire le traitement émollient et légèrement narcotique que je vais indiquer pour la laryngite chronique intense.

2° *Laryngite chronique intense*. Lorsque cette affection présente un certain degré d'acuité, il faut, d'après tous les auteurs, avoir recours à quelques uns des moyens qui ont été indiqués à l'article laryngite aiguë simple. Ainsi les *émollients*, quelques *sangsues*, une *saignée générale* et l'application de quelques *ventouses scarifiées* à la nuque (moyen qui, d'après MM. Trousseau et Belloc, doit passer après les deux autres), seront mis en usage. MM. Trousseau et Belloc proscrivent l'emploi des topiques émollients sur la région laryngienne, parce que, disent-ils, leur application provoque vers la gorge une fluxion sanguine considérable, et que les accidents, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation. Quoi qu'il en soit, il faut bientôt recourir à d'autres remèdes, si l'on n'a pas été forcé de les employer dès le début.

Les tisanes qu'on prescrira, au lieu d'être simplement émollientes, seront *légèrement stimulantes* ou légèrement toniques, telles que les infusions de racine de bardane, de lierre terrestre, d'hysope, édulcorées avec le sirop de fumeterre.

Ces tisanes doivent être continuées pendant toute la durée de la maladie; on les varie facilement, en ayant recours à des plantes qui jouissent à peu près des mêmes propriétés, telles que la sauge, le romarin, etc.

Révulsifs. Il est fort rare que la médication précédente obtienne un plein succès, et les praticiens qui ont le mieux étudié cette maladie ont presque toujours hâte de recourir à d'autres moyens en tête desquels il faut placer les *révulsifs;* mais ici les avis sont partagés sur quelques points. Plusieurs auteurs, et entre autres MM. Trousseau, Belloc et Blache, pensent que le *vésicatoire volant* n'a pas d'utilité réelle, et qu'il faut employer le *vésicatoire* à demeure, dont l'action prolongée peut seule avoir un effet avantageux. Matt. Baillie, au contraire, recommande l'application réitérée de petits vésicatoires, successivement appliqués sur la partie antérieure du cou et sur la région supérieure du sternum. Auquel de ces deux procédés devons-nous accorder la préférence? L'expérience n'ayant pas prononcé sur ce point, le praticien ne doit en exclure aucun, bien que les raisons données par MM. Trousseau et Belloc soient plausibles. Ainsi ce sera au médecin à se décider suivant ce que les circonstances lui paraîtront indiquer. Le cas étant moins pressant que dans la laryngite aiguë, on n'aura pas besoin de recourir à des vésicatoires plus actifs que les vésicatoires ordinaires. Quant au lieu où il faut les appliquer, c'est sur la région laryngienne elle-même, chez les femmes et les enfants, et à la nuque chez les hommes, la barbe étant, comme on l'a fait remarquer, un obstacle à son application sur la partie antérieure du cou.

Suivant Matt. Baillie, le remède *peut-être* le plus utile est un petit *séton* passé

sous la peau d'un des côtés du cou, très près du larynx. MM. Trousseau et Belloc, sans se prononcer sur la valeur absolue du séton, pensent qu'il vaut mieux adopter ce lieu d'élection que de placer cet exutoire à la nuque, où d'autres praticiens ont cru devoir le mettre, et le préfèrent au vésicatoire, parce qu'il est *moins douloureux*, *moins irritant*, *moins difficile à panser*.

Ces deux derniers auteurs emploient le plus souvent, mais, disent-ils, sans en retirer de très bons effets, et uniquement parce que les malades y répugnent moins, les *frictions avec la pommade stibiée* et l'*escarification* du derme par la potasse caustique.

FRICTIONS STIBIÉES, D'APRÈS MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

Pour pratiquer les frictions stibiées, prenez :

Pommade d'Autenrieth.

Tartre stibié .... 4 gram. | Axonge............ 12 gram.

Mêlez parfaitement.

On pratiquera deux ou trois frictions par jour avec gros comme une noisette de cette pommade. Suivant MM. Trousseau et Belloc, « les frictions doivent être continuées quelques jours de suite, et l'on ne doit pas les abandonner au moment où elles commencent à faire naître des pustules ; il faut, au contraire, insister pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que l'éruption stibiée soit confluente. Lorsque ensuite les croûtes commencent à tomber, il faut revenir au même moyen, et ainsi deux fois par mois tout le temps que dure la *phthisie laryngée* (*loc. cit.*, page 311).

Je ferai, au sujet de cette médication, une remarque qui rendra sans doute le praticien très réservé dans son emploi. L'usage de la pommade stibiée, surtout lorsqu'il est longtemps continué, peut laisser des traces profondes sur la peau. Sans doute ce ne serait pas là un motif de l'abandonner, s'il était rigoureusement prouvé par les faits que ce médicament a de grands avantages ; mais c'est là ce que l'observation n'a pas encore démontré.

Voici comment les mêmes auteurs prescrivent la *potasse caustique :*

EMPLOI DE LA POTASSE CAUSTIQUE, D'APRÈS MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

« On applique tous les huit jours, sur l'un ou l'autre côté du larynx et de la trachée, un petit morceau de potasse caustique. Par ce moyen on finit par avoir en même temps cinq ou six cautères en suppuration, sans qu'il soit besoin de les entretenir en y plaçant des pois. »

Les réflexions que j'ai faites à propos de l'emploi de la pommade stibiée s'appliquent à l'usage de la potasse caustique.

D'autres médecins ont appliqué ces mêmes révulsifs loin du siége de la maladie, au bras ou à la jambe ; mais rien ne prouve que cette pratique ait été réellement suivie de succès.

Le docteur Hutchinson (1) a employé avec persévérance l'*huile de croton*

(1) *The Lancet*, 18 mai 1833.

tiglium en frictions dans la laryngite chronique, et de ses essais il conclut que ce médicament peut soulager les malades, mais non les guérir : il a vu, en effet, la voix s'améliorer et les autres symptômes diminuer, lorsque, sous l'influence des frictions, une éruption considérable se montrait sur la région laryngienne; mais cette amélioration n'était que passagère. *Trois gouttes* d'huile de croton tiglium étaient chaque jour appliquées par lui sur la peau qui recouvre le larynx.

Tels sont les révulsifs proposés. Je ne peux m'empêcher de faire à leur égard une réflexion générale. Bien que tous les auteurs soient d'accord pour les recommander, il n'est pas un seul fait qui démontre positivement que la laryngite chronique simple ait été guérie par leur emploi. Le praticien ne devra donc, jusqu'à plus ample informé, avoir qu'une confiance limitée en eux; il pourra et il devra même les prescrire comme moyens ayant une plus ou moins grande utilité, car le dernier mot n'est pas dit sur le traitement de la laryngite chronique; mais il ne se reposera pas uniquement sur eux; et, à moins de circonstances particulières qu'on ne saurait prévoir, il devra recourir, dès que l'action des révulsifs paraîtra douteuse, à une médication plus active.

Narcotiques. Peut-être est-il sans exemple qu'on se soit abstenu de faire usage des *narcotiques* dans un cas de laryngite chronique. Ces médicaments ont en effet une telle influence sur la respiration, que toutes les fois que cette fonction éprouve une gêne marquée, on est presque invinciblement porté à les administrer. Voyons donc comment on les a prescrits.

Extrait de laitue. M. Walker (1) prétend que l'extrait de laitue est quelquefois préférable à des sédatifs plus puissants; on le donnera soit en pilules, suivant la formule que j'indiquerai plus loin, soit en potion, ainsi qu'il suit :

℞ Thridace.........	0,50 gram.	Sirop de gomme	20 gram.
Infusion de mauve.	100 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées dans la journée.

Opium. C'est le narcotique le plus usité; on l'a rarement prescrit à haute dose dans la maladie qui nous occupe. Ainsi on n'administre pas plus de 3 à 10 centigrammes d'extrait gommeux, soit en pilules, soit en potion.

Datura stramonium. Ce médicament est précieux lorsque l'opium n'a pas produit l'effet qu'on en attendait; car souvent, dans de semblables circonstances, il apporte beaucoup de soulagement. Dans l'affection dont il est ici question, on le prescrit surtout en fumigations, ou bien on le fait fumer sous forme de cigarettes. Les fumigations sont administrées de la manière suivante :

Fumigations narcotiques.

℞ Infusion de sureau........	1000 gram.	Poudre de datura stramonium...	3 gram.

Une fumigation tous les soirs, ou matin et soir.

MM. Trousseau et Pidoux conseillent d'employer pour ces fumigations l'appareil proposé par MM. Gannal et Richard pour les fumigations de chlore. Je ne pense pas que l'action du datura soit assez active pour rendre nécessaire cet appa-

(1) *The London med. Repository*, t. XVII, 1822.

reil, d'ailleurs très convenable si l'on peut se le procurer; un vase ordinaire, une simple théière, sont suffisants.

On fait encore plus souvent, depuis ces dernières années et d'après la recommandation de M. Cruveilhier, *fumer* le datura stramonium *comme du tabac;* le mélange suivant est généralement adopté :

♃ Feuilles sèches de datura.. 1 gram.	Feuilles sèches de sauge..... 1 gram.

Mêlez.

Cette quantité est suffisante pour une pipe, et l'on peut en faire fumer de une à trois par jour, suivant leur action. La même quantité peut être fumée dans du papier roulé en cigarette. Enfin, comme le font remarquer les auteurs que je viens de citer, les hommes qui ont l'habitude de fumer n'ont qu'à mêler le datura à leur tabac.

On peut, sans inconvénient, remplacer le datura stramonium par la *belladone;* seulement on doit élever la dose d'un cinquième ou d'un quart en sus.

Bennati, qui s'est beaucoup occupé des maladies de l'organe de la voix, conseillait une préparation dont je donnerai plus loin la formule, et dans laquelle on fait dissoudre l'extrait de belladone dans l'alcool camphré. Suivant cet auteur, dans les affections rhumatismales, l'extrait de *jusquiame* remplace, à la même dose, la belladone. Mais à quoi reconnaît-on que l'affection est de nature rhumatismale? C'est là une question à laquelle il n'est pas facile de répondre.

MM. J. Graves et W. Stokes ont conseillé le même moyen, mais sous une forme différente. Ils recommandent d'appliquer sur la partie antérieure du cou un emplâtre de belladone. La formule suivante remplit très bien cette indication :

Emplâtre de belladone.

♃ Extrait alcoolique de belladone. 36 gram. Résine élémi.............. 8 gram.	Cire........................ 4 gram.

Faites dissoudre la cire et la résine; incorporez l'extrait (Planche).

Pour terminer ce que j'ai à dire des médicaments de cette espèce, j'ajouterai que Matt. Baillie, et avec lui plusieurs médecins anglais, ont fait usage de l'*extrait de ciguë.* Baillie en prescrit 30 centigrammes, à prendre trois fois par jour. Ainsi on pourra ordonner :

♃ Extrait de suc non dépuré de ciguë.................. 5 gram.	Poudre de feuilles de ciguë...... Q. s.

Faites des pilules de 0,1 gram. dont on prendra 9 par jour.

Je viens d'indiquer avec assez de détails les principaux narcotiques ou stupéfiants recommandés par les divers auteurs, parce que : 1° ils sont, comme je l'ai déjà dit, de l'usage le plus général, et 2° ils ont, au moins comme adjuvants, une utilité reconnue par tout le monde. Mais les réflexions que j'ai faites à propos des révulsifs s'appliquent également à ce genre de médicaments; il n'est vraiment pas d'exemple positif de guérison opérée uniquement par ces moyens, en sorte qu'il faut de toute nécessité les joindre à d'autres, si l'on veut avoir le droit d'en attendre autre chose que du soulagement.

Est-il nécessaire de citer le traitement par les *escargots avalés vivants* qu'a proposé le docteur Chrestien (de Montpellier) ? Qu'il me suffise de dire que les observations rapportées par ce médecin (1) ne sont pas concluantes.

Résumé ; ordonnances. Ordinairement on a recours en même temps aux révulsifs et aux narcotiques, après avoir, si le cas l'exige, employé les antiphlogistiques. Voici comment le traitement doit être dirigé :

Ire Ordonnance.

Pour un adulte, dans le cas où il reste des traces d'inflammation aiguë :

1° Infusion de mauve et de coquelicot, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Une saignée du bras de 3 à 400 grammes, ou bien 15 à 20 sangsues sur la région laryngienne.

3° Fumigations émollientes et narcotiques, matin et soir (2).

4° Un vésicatoire à demeure, soit à la région laryngienne, soit à la nuque.

5° Si la région laryngienne est libre, y faire pratiquer les frictions suivantes, qui, si cette partie est occupée par un vésicatoire, seront faites sur les parties latérales du cou :

℞ Extrait de belladone... 0,6 gram.	Alcool camphré......... 125 gram.

Diss.

Faire deux ou trois frictions par jour, et seulement pendant les trois premiers jours du traitement (Bennati).

6° Ne permettre que deux ou trois bouillons par jour, jusqu'à ce que les symptômes d'inflammation soient dissipés.

II° Ordonnance.

Pour un enfant de six à dix ans :

Les mêmes moyens doivent être employés ; seulement :

1° Si l'on pratique la saignée du bras, on n'enlèvera que 100 à 150 grammes de sang ;

2° Dans le liquide des frictions, l'extrait de belladone ne sera porté qu'à 2 ou 3 décigrammes.

Les enfants moins âgés étant très peu sujets à la laryngite chronique, il est inutile de faire une prescription particulière pour eux.

III° Ordonnance.

Pour un adulte, lorsqu'il ne reste plus aucun signe d'inflammation aiguë :

1° Pour tisane, décoction de racine de bardane, édulcorée avec le sirop de fumeterre ; ou bien infusion de lierre terrestre, de sauge, etc., édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Un séton à la partie antérieure du cou, vers la partie inférieure du cartilage thyroïde.

3° Frictions deux ou trois fois par jour avec la pommade d'Autenrieth (*voy.* page 124) sur les parties latérales du cou, près du larynx.

(1) *Revue médicale*, 1831.
(2) Voir la *Laryngite aiguë*.

Ou bien appliquer tous les huit jours, à droite et à gauche du larynx, de petits morceaux de potasse caustique, de manière à former de petits cautères qu'on n'entretient pas.

4° Tous les soirs, de 1 à 4 des pilules suivantes :

℞ Thridace............ 4 gram.	Poudre de réglisse......... Q. s.

Pour 20 pilules.

On peut prescrire la thridace en potion suivant la formule indiquée à la page 125.

5° Une fumigation tous les soirs, ou matin et soir, avec le datura stramonium (*voy.* page 125).

6° Régime doux et léger; n'accorder que la moitié ou au plus les trois quarts de la quantité ordinaire des aliments. Recommander de ne pas prendre les boissons ou les aliments trop chauds. Maintenir le corps dans une douce température.

IVe Ordonnance.

Adulte, dans un cas semblable au précédent :

1° Mêmes tisanes.

2° Appliquer successivement plusieurs petits vésicatoires volants autour du larynx et sur la partie supérieure du sternum (Baillie). Avoir soin de laisser libre un assez grand espace de la région laryngienne pour l'application suivante :

3° Sur la peau qui couvre le larynx, un emplâtre de belladone (*voy.* page 126).

4° Faire fumer de 1 à 3 grammes de feuilles de datura stramonium, unies à une égale quantité de sauge (*voy.* page 126).

5° Régime comme dans la prescription précédente.

A tous les narcotiques que je viens d'indiquer on peut substituer, soit l'extrait gommeux d'opium à la dose de 3 à 10 centigrammes; soit, comme le proposent MM. Trousseau et Belloc (1), un *sel de morphine* (le sulfate ou l'hydrochlorate à la dose de 0,05 grammes), appliqué suivant la méthode endermique. Avec ce dernier médicament, on obtient une double action révulsive et narcotique, et la première n'est pas la moins marquée, car les sels de morphine agissent d'abord comme de puissants irritants sur la peau dénudée de son épiderme.

Les vésicatoires sur lesquels on appliquera ce médicament devront être placés le plus près possible du larynx. La dose du sel est de 3 à 5 centigrammes pour les adultes et les vieillards, et de 1 à 2 chez les enfants au-dessous de dix ans. L'emploi de ce remède, réunissant, comme je viens de le dire, l'action révulsive et l'action narcotique, résume en quelque sorte la partie du traitement que je viens d'exposer.

Préparations mercurielles. Plusieurs médecins anglais ont conseillé les préparations mercurielles, et en ont vanté les effets; mais il y a une question préalable qu'ils ne se sont pas posée, et que cependant il faudrait de toute nécessité résoudre avant de se prononcer sur les effets d'un pareil traitement. Les laryngites dans lesquelles on a mis en usage ces médicaments étaient-elles ou non de nature syphilitique? Si ces laryngites étaient de nature syphilitique, nul doute que le traitement n'ait eu une grande influence sur la terminaison de la maladie, et en l'absence de

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée;* Paris, 1837, in-8.

preuves, on doit supposer qu'il en était ainsi. Dans plusieurs observations, et notamment dans celles des docteurs Marshall Hall, de Nottingham (1), et Graves (2), il n'est point dit si les malades avaient eu ou non des maladies vénériennes ; et, bien que dans le nombre des sujets il y eût de jeunes demoiselles, on sait que ces maladies ont pu exister sans que les médecins en aient été instruits. Pour ces motifs, je renvoie tout ce que j'ai à dire de l'emploi des mercuriaux à l'article qui sera consacré à la laryngite syphilitique.

Médication topique. C'est à MM. Trousseau et Belloc que nous devons les faits les plus importants sur les effets de cette médication. Ce sont eux qui, par l'application directe des médicaments sur la muqueuse laryngienne, ont enrichi le plus cette partie de la thérapeutique, et ont obtenu les plus beaux succès ; ce sont eux aussi qui ont le mieux fait connaître, et l'action des substances employées, et la manière dont il faut diriger le traitement. Je n'ai guère, par conséquent, qu'à donner un résumé de la partie de leur ouvrage qui a rapport à la médication topique. Toutefois j'aurai soin de contrôler les résultats généraux par le relevé de leurs propres observations. Ils divisent les médicaments dont il s'agit en trois sortes : 1° ceux qui sont sous forme de vapeurs sèches ou humides ; 2° ceux qu'on introduit sous forme de liquide ; 3° ceux qu'on administre sous forme pulvérulente.

1° *Inspiration de vapeurs sèches ou humides.* Outre les fumigations que j'ai indiquées plus haut, on en a prescrit d'autres de diverse nature. Parmi les fumigations sèches, je citerai les suivantes :

Fumigations sèches.

Inspirer pendant cinq à dix minutes, une ou deux fois par jour :

La fumée de goudron,	de tabac,
de résine,	de pavot.
de jusquiame,	

La première de ces fumigations a été prescrite par M. Walker (*loc. cit.*), et, selon lui, avec succès.

Pour faire ces fumigations, il faut tout simplement prendre un pot de grès au couvercle duquel on pratique une petite ouverture ; on fait brûler, dans l'intérieur, la substance prescrite, et, soit à l'aide d'un tube, soit en se tenant à une faible distance de l'ouverture, on reçoit vers la gorge et l'on aspire la vapeur qui s'en dégage.

MM. Trousseau et Belloc ont également fait inspirer à leurs malades la vapeur du cinabre, de l'acide sulfureux, etc. ; mais, disent-ils, avec des résultats très variés.

Les mêmes auteurs, ainsi que MM. Gannal, Cottereau et Richard, ont employé d'autres substances, telles que l'iode, le chlore, l'acide hydro-sulfurique et diverses huiles essentielles. Pour celles-ci, l'appareil de MM. Gannal et Cottereau est mis en usage, et alors ce sont des fumigations humides, les substances médicamenteuses passant à travers l'eau pour arriver à la bouche des malades. Je n'en dirai pas davantage sur ces derniers médicaments, parce que rien ne prouve qu'ils aient

(1) *Med. chir. Transactions of London*, 1819, vol. X, p. 166.
(2) Analys. dans la *Gaz. méd.*, 1833.

eu des résultats avantageux, et que leur emploi offre de trop grands dangers pour qu'ils deviennent jamais d'un usage habituel.

Fumigations émollientes et balsamiques. M. Martin-Solon (1) a rapporté un cas où des *fumigations* d'abord simplement émollientes, puis additionnées de quelques gouttes de teinture de benjoin et de baume de Tolu, ont procuré la guérison d'une laryngite avec aphonie presque complète durant depuis quatre mois. C'est donc un moyen qui mérite l'attention du praticien, car il s'agit ici d'une maladie très rebelle.

2° *Médicaments liquides.* Ceux qui ont été employés par MM. Trousseau et Belloc sont irritants ou seulement astringents. Les procédés pour porter ces liquides dans le larynx étant les mêmes pour tous, je vais d'abord en donner la description telle qu'elle a été présentée par ces deux auteurs. Je rechercherai ensuite quel est le degré d'efficacité de ces divers médicaments.

Pour porter un liquide caustique dans le larynx, on peut employer divers moyens.

1° S'il s'agit seulement de cautériser la partie supérieure du larynx et de l'épiglotte :

CAUTÉRISATION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU LARYNX.

Prenez une flèche de papier roulé, assez ferme ; recourbez-en l'extrémité, que vous tremperez dans la solution, de manière à ce qu'elle en retienne une goutte. Faites ouvrir largement la bouche, et, avec une cuiller fortement courbée, déprimez la langue en l'attirant un peu en avant ; introduisez alors la petite flèche, et, lorsque son extrémité aura dépassé l'épiglotte, faites exécuter à l'instrument un mouvement de bascule qui l'enfonce dans la partie supérieure du larynx.

2° S'il est nécessaire de cautériser à la fois le pharynx, la base de la langue et l'entrée du larynx :

CAUTÉRISATION PLUS ÉTENDUE.

Prenez une baleine de 4 à 5 millimètres de diamètre ; faites-la chauffer à la flamme d'une bougie, à environ 3 centimètres de son extrémité. Quand elle sera suffisamment ramollie, recourbez-la de manière à former un angle de 80 degrés. Pratiquez à son extrémité une coche circulaire et profonde, et attachez-y solidement une petite éponge sphérique de 15 millimètres de diamètre, que vous imbiberez complétement d'une solution de nitrate d'argent ; puis déprimez la langue comme précédemment, et introduisez le porte-caustique. Dès que vous aurez dépassé l'isthme du gosier, il s'opérera un mouvement de déglutition qui portera le larynx en haut : saisissez ce moment pour ramener en avant l'éponge, que vous avez enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage. Par cette manœuvre, vous reviendrez sur l'entrée du larynx, en relevant l'épiglotte, et vous pourrez facilement y exprimer, en appuyant, la solution caustique. Loin de gêner cette introduction, les convulsions de toux la favorisent.

3° Si ce procédé ne peut être supporté par le malade, on aura recours au suivant :

(1) *Gaz. médicale de Paris*, 1834, p. 117. *Obs. et consid.*, etc.

INJECTIONS CAUSTIQUES.

Faites construire une petite seringue d'argent, semblable à celle d'Anel; le siphon, de 15 centimètres de longueur, fortement recourbé à son extrémité, devra présenter une ouverture de 1 millimètre de diamètre. Mettez dans la seringue un quart et demi de sa capacité de solution caustique, et laissez le piston soulevé, comme si la seringue était pleine, de manière à ce qu'il y ait environ un quart de solution de nitrate d'argent et trois quarts d'air. Le malade étant disposé comme dans l'opération précédente, portez l'extrémité du siphon au delà de l'épiglotte, et dès qu'elle aura franchi cet organe, poussez rapidement le piston. Par suite du mélange de l'air et du liquide, il se produira une pluie fine, qui pénétrera en même temps dans la partie supérieure de l'œsophage et dans le larynx.

A l'instant même, la malade éprouve une toux convulsive qui chasse toute la partie de solution non combinée avec les tissus. Faites alors boire quelques gorgées de limonade hydrochlorique, ou tout simplement d'eau salée, afin de décomposer le peu de solution qui, restée dans l'œsophage, pourrait être avalée.

MM. Trousseau et Belloc, qui ont fréquemment pratiqué ces cautérisations, en ont constaté l'innocuité; quant à la douleur, elle est à peine sentie dans le pharynx.

Parmi les divers médicaments qu'on peut, par ces procédés, porter sur la muqueuse du larynx, il faut mettre en première ligne le *nitrate d'argent:* c'est celui que MM. Trousseau et Belloc préfèrent, à cause de la rapidité de son action, de son innocuité constante, et, ajoutent-ils, de son efficacité éprouvée dans le traitement de presque toutes les maladies externes. Sans m'arrêter à cette dernière assertion, qui pourra paraître un peu exagérée, et ne considérant que ce qui a eu lieu dans le cas de laryngite chronique simple traité par ce moyen, je dirai qu'en effet le nitrate d'argent a eu un prompt succès dans le plus grand nombre des cas traités par MM. Trousseau et Belloc. Dans leur ouvrage on trouve six exemples de laryngite chronique simple, dans lesquels la cautérisation par le nitrate d'argent a été pratiquée, et cinq fois tous les symptômes se sont rapidement dissipés, tandis qu'un grand nombre de moyens employés auparavant avaient complétement échoué; c'est donc là un moyen qu'il faut mettre bien au-dessus de tous les autres, et auquel il faut se hâter de recourir dès que les précédents deviennent insuffisants.

La solution de nitrate d'argent doit être plus ou moins concentrée, suivant les cas. Ainsi :

℞ Nitrate cristallisé...... 4 gram. | Eau distillée......... 8 à 16 gram.

Conservez, pour l'usage, dans un flacon bien bouché et tenu à l'abri de la lumière.

Comme on l'a vu plus haut, il est démontré par l'expérience que la grande proportion de nitrate d'argent n'a rien qui doive effrayer.

Si l'on voulait pratiquer une cautérisation plus profonde, on emploierait le *nitrate acide de mercure*, soit pur, soit un peu étendu. Mais je ne saurais conseiller l'emploi de ce moyen, pas plus que de tout autre caustique (le nitrate d'argent excepté), pour deux raisons : la première, c'est qu'ils peuvent causer des accidents; et la seconde, c'est que, bien qu'on s'en soit servi quelquefois, l'expé-

rience ne nous apprend rien de positif en leur faveur. Les praticiens prudents s'en tiendront à la solution de nitrate d'argent, dont l'efficacité et l'innocuité sont prouvées par les faits.

Médicaments topiques sous forme pulvérulente. Pour introduire dans le larynx les médicaments sous cette forme, M. Bretonneau a imaginé un instrument dont voici la description :

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT PROPOSÉ PAR M. BRETONNEAU POUR L'INSUFFLATION DES POUDRES MÉDICAMENTEUSES DANS LE LARYNX.

Cet instrument se compose d'un tambour, ou partie moyenne, du volume d'un œuf de dinde, et que l'on peut fabriquer avec un coco. La cavité de ce tambour, qui doit se séparer à volonté en deux parties égales, est coupée par un diaphragme épais de plusieurs lignes, et placé en travers, de manière qu'il en résulte une cavité antérieure où se met la poudre à insuffler, et une cavité postérieure dans laquelle l'air est d'abord poussé. Cette cloison est traversée très obliquement par un tuyau de plume qui fait communiquer les deux cavités, et doit descendre très près de la paroi inférieure où se trouve l'alun. Ce tambour est percé, et présente plusieurs pas de vis à ses deux extrémités, pour recevoir deux tubes, chacun de quatre à cinq pouces de long. L'un, destiné à être porté dans la bouche du malade, se visse dans la cavité antérieure, où il doit faire une saillie de quelques lignes; l'autre, un peu plus gros, sert à souffler, soit avec la bouche, soit, et mieux, avec une bouteille de gomme élastique, un soufflet, etc. Il se visse sur l'autre ouverture du tambour. L'ouverture de ces deux tubes est couverte : celle de la chambre antérieure par un morceau de gaze pour tamiser la poudre; l'autre par un morceau de taffetas qui fait soupape, et empêche que dans un accès de toux le médicament ne soit repoussé dans le tuyau souffleur. M. Guillon a perfectionné cet instrument.

MM. Trousseau et Belloc font remarquer que cet instrument ne remplit pas toujours le but, parce que les malades ne savent pas toujours combiner leurs inspirations avec l'insufflation, et que quelques uns, les enfants par exemple, effrayés et ne sachant ce qu'on va leur faire, expirent avec force de manière à rejeter la poudre avant qu'elle ait atteint les parties malades. En conséquence, ils préfèrent confier ces insufflations au malade lui-même; ce qu'il est facile de faire au moyen d'un tube de verre ou tout simplement d'un roseau, comme le pratiquait déjà Arétée dans le traitement de l'angine maligne. Voici le procédé :

INSUFFLATION PAR ASPIRATION.

Prenez un tube de 4 millimètres de diamètre et de 22 à 28 centimètres de long. Mettez dans l'une de ses extrémités la poudre médicamenteuse; faites introduire l'autre extrémité dans la bouche, aussi profondément que possible. Le malade doit ensuite fermer la bouche, après avoir fait une expiration complète; puis exécuter une brusque inspiration. La poudre, entraînée par l'air qui traverse le tube, arrive dans le pharynx, où il en reste une partie, tandis que l'autre pénètre dans le larynx. Les secousses de toux qui surviennent alors doivent être, autant que possible, réprimées par le malade, afin que le médicament reste en contact avec la muqueuse laryngienne.

Les poudres portées ainsi dans le larynx sont les suivantes :

POUDRES EMPLOYÉES DANS LES INSUFFLATIONS.

1° Le sucre.

2° Le sous-nitrate de bismuth pur ou mêlé avec son poids de sucre en poudre.

3° Sulfate de zinc......... 0,05 gram.
Sucre................. 1,80 gram.

Mêlez exactement.

4° Le sulfate de cuivre dans les mêmes proportions que le sulfate de zinc.

5° Alun................. 0,25 gram.
Sucre................. 0,50 gram.

6° Acétate de plomb....... 0,10 gram.
Sucre en poudre....... 0,70 gram.

	N° 1.	N° 2.	N° 3.
7° Nitrate d'argent....................	0,05 gram.	0,05	0,05
Sucre en poudre....................	3,60 gram.	1,80	1,20 (1)

En augmentant la quantité de sucre, il est facile de rendre ces poudres moins actives ; ce qui peut être indiqué par une trop grande susceptibilité du sujet, ou par l'action trop énergique du médicament. A moins de circonstances toutes particulières, il n'est pas nécessaire d'augmenter la proportion du médicament lui-même.

Il faut recommander au pharmacien de mêler ces poudres sur un porphyre, pour éviter les inconvénients qui résulteraient de la présence de grains plus gros que les autres et conservant des aspérités irritantes.

Tels sont les préceptes que donnent MM. Trousseau et Belloc pour l'emploi des poudres médicamenteuses. Voyons maintenant quels sont les résultats qu'ils en ont obtenus.

Dans un cas qu'on peut regarder comme une laryngite chronique simple, le *sous-nitrate de bismuth* fut employé seul, à la dose de 20 centigrammes, quatre fois par jour, et au bout de quinze jours la guérison fut complète.

Chez un enfant qui présentait des symptômes de laryngite chronique depuis trois semaines, on fit dans le larynx, quatre fois par jour, des insufflations avec une poudre contenant un huitième d'*alun* et sept huitièmes de sucre candi, et en quelques jours le malade fut guéri.

Voilà les faits un peu détaillés que nous possédons relativement à l'insufflation ou à l'inspiration des poudres médicamenteuses. On voit que la science a grand besoin qu'ils se multiplient ; car, bien que l'action du remède ait été très prompte, et que tout semble déposer de son efficacité, il faudrait que les expériences fussent beaucoup plus nombreuses pour qu'on fût sûr de n'être pas abusé par les apparences. Sans doute il est des médecins, et parmi eux il faut citer en première ligne MM. Trousseau et Belloc, qui ont assez fréquemment employé ces remèdes, et notamment le nitrate d'argent, sous forme pulvérulente et en insufflation ; mais ils se sont trop souvent bornés à dire qu'ils avaient à s'en louer, sans entrer dans le détail des faits. C'est donc aux praticiens à en appeler à l'expérience.

On voit que je ne dis rien ici des médicaments sous forme pulvérulente dans la composition desquels il entre une préparation mercurielle quelconque. C'est que la difficulté de reconnaître, dans les exemples que nous pourrions consulter, si la

(1) C'est au médecin à juger quelle est celle qui convient de ces trois formules, d'après le degré de cautérisation qu'il veut obtenir.

maladie était ou n'était pas syphilitique, nous empêcherait toujours de savoir si le remède a agi ou non comme spécifique, et que nous n'arriverions jamais à une conclusion positive. J'y reviendrai à l'occasion de la laryngite syphilitique. Je dois en dire autant de l'*iode*, qui a été vanté par des médecins allemands.

Traitement de la laryngite causée par l'extension d'une inflammation du pharynx. On a vu, à l'article des causes, que, dans certains cas, la laryngite chronique prend sa source dans une irritation ou un état de fluxion habituelle de la membrane muqueuse du pharynx. On peut alors se dispenser, suivant MM. Trousseau et Belloc, d'agir sur le larynx, qui n'est que secondairement affecté, et porter les médicaments sur le voile du palais et les amygdales, où le mal a pris naissance.

Cautérisation du pharynx. Parmi les agents dont on peut faire usage, et qui ne diffèrent pas de ceux que nous avons indiqués pour la cautérisation du larynx, MM. Trousseau et Belloc choisissent encore de préférence le *nitrate d'argent*, et ils recommandent de toucher *avec le crayon* les amygdales et le voile du palais, deux ou trois fois par semaine. Ils ont cité dans leur ouvrage un cas de laryngite simple où l'emploi de ce moyen a été suivi d'un prompt succès, quoique l'affection fût grave, qu'elle datât de près d'une année, et qu'on eût employé inutilement plusieurs des remèdes indiqués plus haut.

Au lieu du crayon de nitrate d'argent, on peut, à l'aide d'une *éponge*, porter sur le pharynx une solution concentrée de ce médicament, ou tout simplement y introduire avec le doigt la poudre suivante :

Nitrate d'argent........	0,4 gram.	Sucre candi...........	4,0 gram.

Mêlez et réduisez en poudre fine.

Suivant MM. Trousseau et Belloc, une *solution saturée de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc* remplit la même indication ; mais, sans nier le fait, je dirai que l'expérience n'a pas encore prononcé ; du moins ne possédons-nous pas d'observation qui puisse lever tous les doutes.

Enfin, lorsque les divers remèdes que je viens de passer en revue n'ont pas produit les bons effets qu'on en attendait, on prescrit aux malades les *eaux minérales sulfureuses*. MM. Trousseau et Belloc citent un cas dans lequel la guérison a été attribuée à l'action des *Eaux-Bonnes*, *prises à la dose d'une bouteille par jour*. Ce fait, le seul rapporté avec quelques détails par ces auteurs, serait assez peu concluant par lui-même ; puisque en même temps qu'il prenait les Eaux-Bonnes, le malade faisait des frictions avec la *pommade stibiée*, et suivait un régime convenable après des excès multipliés. Mais on en a observé d'autres où la question se trouve moins compliquée. Ainsi, chez deux avocats qui avaient, depuis plusieurs années, une altération profonde de la voix, M. Louis a vu les Eaux-Bonnes, prises à la source, procurer en très peu de temps un rétablissement complet. Les deux malades ont pris les eaux pendant deux années de suite ; mais la seconde saison était uniquement destinée à consolider la guérison produite par la première. Quand on croit devoir prescrire les eaux, on choisit les Eaux-Bonnes ou celles de Cauterets, de Saint-Sauveur, de Luchon ; on doit envoyer, s'il est possible, les malades aux sources elles-mêmes.

Peut-il y avoir des cas dans lesquels on soit forcé de recourir à la *trachéotomie?*

Je n'en ai pas trouvé un seul, et l'on n'en sera pas surpris si l'on considère que, dans le cas où la simplicité de l'affection n'a laissé aucun doute, la dyspnée n'était pas considérable.

Maintenant prenons dans les auteurs qui se sont occupés de la laryngite quelques nouveaux exemples de traitement propres à servir de guide au praticien.

Ve Ordonnance.

TRAITEMENT MIS EN USAGE DANS DEUX CAS CITÉS PAR MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

Dans les premiers temps de l'affection :

1° Une ou deux saignées à quelques jours de distance. (Dans un cas, recours à une troisième saignée, le sujet étant assis, afin de produire la syncope.)

2° Sangsues au siége.

3° Large vésicatoire sur la partie antérieure du cou.

4° Fumigations émollientes.

5° Usage du lait d'ânesse.

6° Eaux sulfureuses en boisson et en bain.

7° Régime doux et léger.

Ce traitement, qui a été rarement employé par MM. Trousseau et Belloc eux-mêmes, et que les malades avaient suivi, d'après les conseils d'autres médecins, a procuré quelquefois une amélioration plus ou moins marquée, mais non la guérison complète. Aussi les deux auteurs que je cite avaient-ils presque immédiatement recours à la *cautérisation*, suivant les procédés décrits plus haut.

VIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE MATT. BAILLIE

1° Extrait de ciguë.............................. 0,25 gram.

en pilules, à prendre trois fois par jour.

2° Application de sangsues répétée à de courts intervalles sur la région antérieure du cou et du sternum.

3° Petits vésicatoires multipliés sur les mêmes points.

4° Un petit séton sur l'un des côtés du cou, très près du larynx.

Je ne multiplierai pas ces exemples, les détails que j'ai donnés plus haut me paraissent suffisants.

Régime. Pendant tout le temps qu'on emploie le traitement antiphlogistique, il faut prescrire un régime sévère, et même quelquefois la diète. Mais aussitôt que tous les signes d'acuité sont dissipés, il faut accorder des aliments, et seulement en réduire un peu la quantité. Ces aliments doivent être doux et de facile digestion : le poisson, le laitage, les œufs, les légumes frais et quelques viandes grillées, composeront le fond du régime. Quant aux boissons, il faut s'abstenir de liqueurs alcooliques, et s'en tenir à l'eau coupée avec une petite quantité de vin. La température des boissons n'est pas elle-même indifférente ; leur passage auprès du larynx et sur l'épiglotte peut, lorsqu'elles sont trop froides ou trop chaudes, provoquer la toux et déterminer des accidents qu'il faut soigneusement éviter ; elles devront être toujours prises à une température très douce,

Tel est le traitement de la laryngite chronique simple. Les moyens sont nombreux ; ils sont choisis pour la plupart dans la classe des médicaments actifs, et s'il ne s'agit que d'avoir une collection de recettes qu'on puisse substituer les unes aux autres, assurément le praticien ne sera pas embarrassé. Mais si, avant d'avoir recours à un moyen thérapeutique, on exige qu'il soit éprouvé par l'expérience, et que les faits sur lesquels on s'est fondé pour le préconiser soient bien observés, rigoureusement analysés et sagement interprétés, il n'en est plus de même ; car bien souvent nous avons trouvé des diagnostics incertains et des assertions sans preuves. L'efficacité du nitrate d'argent est seule déduite d'une observation peu multipliée encore, mais exacte ; en sorte que c'est là, jusqu'à présent, le remède par excellence de la laryngite chronique simple. Aussi ne puis-je m'empêcher de répéter qu'il faut le moins possible tarder d'avoir recours à lui. Après ce médicament, viennent les autres caustiques et les astringents. Quant aux révulsifs et aux stupéfiants, ils ont pour eux l'autorité des auteurs, mais non encore l'autorité suprême des faits.

Traitement prophylactique. L'étude des causes nous ayant démontré que les efforts violents et réitérés de la voix, joints à des excès alcooliques ou autres, produisent à peu près exclusivement la laryngite chronique légère, c'est en mettant un terme à ces excès que les sujets préviendront le retour de la maladie. Quant à la laryngite chronique intense, les observations nous apprennent que, pour l'éviter, il faut d'abord se préserver du froid. Ainsi le cou doit être enveloppé, *même pendant la nuit ;* le corps doit être soigneusement couvert de flanelle ; il faut éviter les transitions brusques de température, et plus encore l'exposition prolongée au froid, et surtout au froid l'humide. L'état du pharynx et du voile du palais sera soigneusement surveillé, afin que si ces parties présentent la moindre trace d'irritation chronique, on puisse porter sur elles les remèdes avant que l'irritation ait gagné le larynx et soit devenue plus difficile à déraciner.

Pour prévenir les récidives, MM. Stokes et Graves conseillent des *lotions froides* sur le cou, matin et soir. Ce moyen a-t-il jamais eu l'effet que lui attribuent ces auteurs ?

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Lorsqu'il reste des traces d'inflammation aiguë :* Traitement semblable à celui qui est employé dans la laryngite aiguë, un peu moins actif seulement.

2° *Quand la maladie est complétement passée à l'état chronique :* Révulsifs, narcotiques, vapeurs sèches (*voy.* p. 129), caustiques portés dans le larynx, astringents, eaux minérales.

ARTICLE III.

PSEUDO-CROUP (*laryngite striduleuse*).

Ce n'est que depuis un petit nombre d'années qu'on distingue cette variété de laryngite de l'inflammation simple ou pseudo-membraneuse du larynx. On trouve, il est vrai, dans les anciens auteurs, des considérations sur une espèce *d'angine* qu'ils nomment *convulsive* ou *spasmodique ;* mais une simple lecture de leurs

articles suffit pour convaincre qu'ils veulent parler de tout autre chose que de la maladie connue aujourd'hui sous le nom de *laryngite striduleuse*. Si, par exemple, nous consultons les *Aphorismes* de Boerhaave, dont l'autorité était si grande chez nos devanciers, et qu'on a tant cité toutes les fois qu'il s'est agi des diverses angines, nous y trouvons une description rapide d'un état pathologique auquel cet auteur donne le nom d'*angina convulsiva*. On pourrait croire, au premier abord, que cette description se rapporte en réalité à la laryngite striduleuse, mais on voit bientôt que cette prétendue affection particulière n'est qu'un symptôme plus ou moins violent de diverses névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc. C'est par un rapprochement forcé que Boerhaave a placé ce phénomène dans la catégorie des angines.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse a été mieux distinguée, lorsqu'on l'a séparée comme il convient des autres espèces d'angine, on a généralement fait entrer dans sa description celle de la laryngite striduleuse, qui a avec elle d'assez nombreux points de ressemblance pour expliquer cette confusion. Aussi, dans les descriptions de croup dont la date est antérieure à ces vingt dernières années, trouve-t-on presque toujours un certain nombre de cas de laryngite striduleuse mêlés à ceux de laryngite pseudo-membraneuse.

C'est aux travaux de MM. Bretonneau et Guersant que nous devons principalement la distinction admise aujourd'hui entre ces deux espèces de laryngites, si différentes par leurs lésions et par leur gravité. Cependant il résulte des recherches de MM. Rilliet et Barthez, que Wichmann, et après lui Fleish, Henke, Wendt, avaient déjà des notions assez précises sur le diagnostic de ces deux affections (1).

On trouve dans les recueils anglais un grand nombre de Mémoires où il est traité du *croup spasmodique*, de l'*inspiration avec cri du coq*, de la *toux spasmodique*, affections qu'on a regardées comme des laryngites striduleuses. J'examinerai, à l'article *Diagnostic*, les observations fournies par les divers auteurs qui ont traité cet intéressant sujet ; je me bornerai à dire ici que parmi les faits cités il en est qui appartiennent à de tout autres maladies qu'à une simple laryngite striduleuse, et notamment à l'éclampsie et à l'hystérie, ce qui nous explique les jugements si divers sur la gravité de l'affection qui nous occupe. Ainsi, tandis qu'autrefois on ne faisait pas même une maladie particulière du pseudo-croup, on ne l'a pas eu plutôt distingué, que dans sa description on a fait entrer les symptômes de plusieurs maladies étrangères.

Je ne parlerai point ici de l'*asthme aigu* de Millar, ni de l'*asthme thymique* des Allemands, maladies dans lesquelles on a pu voir parfois une laryngite striduleuse : il en sera longuement question plus tard. Mais je ne terminerai pas ces considérations préliminaires sans avoir prévenu une objection qui pourrait m'être faite. On verra dans la description suivante, fondée sur les observations les plus authentiques, que le pseudo-croup ne diffère de la laryngite simple que par sa forme et la violence de la suffocation. Ces différences suffisent-elles pour en faire une ma-

(1) MM. Rilliet et Barthez, déjà connus par leurs publications sur les *maladies des enfants*, ayant bien voulu me confier le manuscrit d'un *Traité clinique* qu'ils vont publier, et qui nous promet de nouvelles lumières sur les affections du jeune âge, j'ai pu en extraire le diagnostic de Wichmann, que je donnerai plus loin, et qui prouve que sous le nom d'*asthme spasmodique*, cet auteur distinguait très bien la *laryngite striduleuse* du vrai croup. (*Note de la 1re édition*. 1842).

ladie distincte? N'est-ce pas toujours une laryngite simple, dont les symptômes, ordinairement légers, deviennent par moment formidables? Je réponds qu'aux yeux du praticien, ces exacerbations effrayantes, prêtant à la maladie une physionomie toute particulière, et modifiant sensiblement les symptômes eux-mêmes, donnent à la laryngite striduleuse une importance toute spéciale; qu'il est absolument nécessaire que les cas de ce genre soient parfaitement distingués de tous les autres, parce que les secours qu'on doit apporter aux malades diffèrent notablement de ceux qu'on administrerait dans une laryngite non striduleuse; en un mot, que si le pathologiste ne doit voir dans le pseudo-croup qu'une modification de la laryngite simple, le praticien trouve dans cette modification des indications suffisantes pour élever l'affection qui les présente au rang d'une espèce particulière. C'est ce qui m'a déterminé à consacrer un article à la laryngite striduleuse.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Le pseudo-croup ou laryngite striduleuse est une inflammation superficielle de la muqueuse laryngienne, qui donne lieu à des accès de suffocation plus ou moins effrayants. Cette définition, qui est celle de MM. Guersant et Bretonneau, et qui résulte de l'examen d'un très grand nombre d'observations, n'est pas adoptée par tous les auteurs. Ce n'est pas ici le lieu de la motiver; on verra aux articles *Terminaison de la maladie* et *Diagnostic* comment on peut expliquer les dissidences sur ce point.

Cette maladie a reçu des noms très variés. M. Guersant lui avait d'abord imposé celui de *faux croup* ou *pseudo-croup*, qu'il a ensuite abandonné pour celui de *laryngite striduleuse;* elle est décrite sous la dénomination d'*angine striduleuse* par M. Bretonneau. On peut rapporter à cette affection quelques cas publiés sous les noms d'*asthme aigu*, d'*asthme spasmodique*, d'*asthme aigu de Millar*, de *catarrhe suffocant.* Les auteurs anglais ont employé les expressions suivantes: *spurious croup; laryngismus stridulus; crowing inspiration; dyspnœa spasmodica; convulsive disease; spasm of the glottis*, etc. Quelques uns même l'ont décrite sous le nom vague de *convulsions particulières chez les enfants.* Les anciens ne distinguant pas suffisamment entre elles les diverses espèces d'angine, et les confondant même quelquefois avec d'autres maladies, il est inutile d'indiquer leur *synonymie*, qui serait nécessairement trompeuse.

Nous n'avons rien de positif sur la *fréquence* absolue de la laryngite striduleuse; cependant, si l'on a égard à la masse considérable d'observations qu'on en a publiées dans ces dernières années, tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre, on doit admettre que cette affection n'est point rare.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'*âge* a évidemment une grande influence sur le développement du pseudo-croup. Si, en effet, on parcourt les observations éparses dans les recueils, on voit que l'immense majorité des malades étaient de jeunes enfants. M. Guersant (1) nous dit qu'il

(1) *Dict. de méd.*, t. IX, art. CROUP.

n'a observé cette affection que deux fois chez des sujets qui avaient passé l'âge de sept ans. Les observations que j'ai rassemblées, et dont les symptômes étaient bien évidemment ceux de la laryngite striduleuse, confirment cette assertion. Ainsi, chez vingt-six sujets pris au hasard dans les écrits de Vieusseux, Lobstein, Marsh, Couch, etc., l'âge n'a jamais dépassé huit ans; dans un cas, l'enfant n'avait que trois jours, mais c'est un cas exceptionnel. Dans les observations de Jurine (d'après son manuscrit, que MM. Rilliet et Barthez ont eu à leur disposition), l'âge des malades a varié entre dix-huit mois et dix ans. J'ai trouvé dans les auteurs quelques cas présentés comme appartenant à la maladie qui nous occupe, et qui auraient eu lieu chez des sujets plus âgés. Le docteur Jonathan Couch (1) rapporte, entre autres, l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans, chez laquelle les symptômes de la laryngite striduleuse se manifestèrent en même temps que chez une fille de huit ans qui habitait la même maison. Malheureusement cette observation manque de détails, ce qui est d'autant plus regrettable, qu'un simple accès de suffocation sans catarrhe préexistant ni concomitant aura pu en imposer à l'auteur. J'ai vu plusieurs cas où l'on pouvait aisément commettre cette erreur.

Il résulte des faits précédents que la laryngite striduleuse est une maladie propre à la première enfance, et qui n'a lieu, plus tard, que dans des cas exceptionnels.

Le *sexe* paraît avoir une certaine influence sur la production de la maladie. M. Guersant, en réunissant les cas de croup ou de faux croup recueillis par plusieurs auteurs, a trouvé, sur 511 cas, 293 sujets du sexe masculin et 218 du sexe féminin; et comme déjà la laryngite pseudo-membraneuse seule lui avait fourni de semblables résultats, il est porté à penser qu'on peut admettre à peu près la même proportion dans les cas de laryngite striduleuse. Vingt faits, parmi ceux que j'ai rassemblés, mentionnent le sexe, et j'y trouve 12 garçons et 8 filles, proportion qui diffère peu de la précédente. Enfin, sur 60 cas observés par Jurine et Jancecowich, et cités par MM. Rilliet et Barthez, 43 s'étaient montrés chez des garçons, et 17 seulement chez des filles.

Si toutefois nous nous rappelons que le nombre des garçons est en général plus considérable que celui des filles, nous en conclurons que cette statistique, d'ailleurs incomplète, est loin de démontrer rigoureusement l'influence du sexe masculin.

Nous n'avons également rien à dire de bien positif sur l'*hérédité* de la maladie, quoique M. Kerr l'admette sans hésiter, pas plus que sur la *constitution* des sujets; les renseignements sont insuffisants.

Il n'en est pas de même de l'*état de santé* des enfants au moment de l'invasion de la maladie. Quelques observateurs anglais ont dit d'une manière générale qu'un état valétudinaire prédisposait à la laryngite striduleuse; d'autres, au contraire, et en particulier le docteur Kerr (2), disent positivement que la maladie a lieu principalement chez des sujets bien portants et de bonne constitution. Mais ces auteurs ne prennent-ils pas, dans leurs observations, pour des *spasmes de la glotte* de véritables *éclampsies* avec suffocation? C'est ce que j'examinerai plus loin. Dans seize cas

(1) *Observ. on croup* (*Annals of med. and surgery*, vol. I, p. 271, 1837).
(2) *On laryngismus stridulus*, etc. (*Edinb. med. and surg. Journal*, vol. XLIX, p. 344, 1838).

que j'ai sous les yeux, la laryngite striduleuse a sévi indifféremment sur des sujets forts ou faibles, au milieu de la plus parfaite santé, et dans le cours d'une autre maladie des voies aériennes; c'est là toutefois un point important qu'il n'est pas permis de juger définitivement.

Suivant M. Guersant, la laryngite striduleuse attaquerait principalement les enfants de la classe aisée ou riche, et la laryngite pseudo-membraneuse ceux de la classe pauvre. M. Blache (1) a noté, en effet, que dans l'espace de trois ans on n'a vu à l'hôpital des Enfants qu'un seul cas de faux croup, tandis que les cas de vrai croup y ont été chaque année assez multipliés. Ces données ont leur valeur, sans doute, mais il serait à désirer que des recherches exactes vinssent complétement résoudre la question.

Les auteurs s'accordent à dire que c'est pendant l'*hiver* qu'on observe le plus grand nombre de laryngites striduleuses. M. Kerr, entre autres, affirme n'avoir vu cette maladie que dans cette saison. Les faits que j'ai sous les yeux nous apprennent à ce sujet ce qui suit: Sur 17 cas, 9 se sont manifestés en hiver, 3 au printemps, 3 en été, et 2 en automne. Ce n'est là qu'un commencement de statistique dont on ne peut tirer aucune conclusion positive, mais qui vient à l'appui de l'opinion générale.

2° Causes occasionnelles.

Une seule cause occasionnelle a été jusqu'à présent signalée : c'est l'*influence du froid*. Les observations ne sont pas, il est vrai, assez explicites sur ce point; mais si l'on considère que la maladie apparaît surtout en hiver, qu'elle est constituée par une inflammation légère, ou, pour me servir d'une expression depuis longtemps employée, d'une inflammation catarrhale de la muqueuse du larynx, on admettra sans peine l'existence de cette cause. C'est au reste, comme on le voit, un point d'étiologie bien peu étudié.

§ III. — Symptômes.

Le *début* de cette affection mérite d'être distingué avec le plus grand soin; car il constitue un des meilleurs moyens de distinguer la laryngite striduleuse de la laryngite pseudo-membraneuse, dont la gravité est si différente. Pour cette raison, je crois devoir exposer à part les symptômes du début.

Symptômes du début. Suivant MM. Bretonneau (2), Guersant, et avant eux Wichmann, le pseudo-croup est remarquable par son début brusque et violent, et ces deux derniers auteurs l'ont vu apparaître ordinairement au milieu du sommeil. Les auteurs anglais ont moins insisté sur cette particularité du début; mais cela tient sans doute à ce que, pour la plupart, ils n'ont pas été aussi sévères sur le diagnostic que les médecins français. Nous verrons en effet, plus tard, qu'ils ont admis plusieurs affections chroniques avec suffocation parmi les cas de laryngite striduleuse.

Si maintenant je cherche à élucider, à l'aide des faits, un point aussi important, j'éprouve un embarras assez grand, parce que, malgré tout l'intérêt de la ques-

(1) *Du croup et du pseudo-croup* (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVII. p. 512).
(2) *Des inflamm. spéciales du tissu muq.*, etc.; Paris, 1826, p. 265.

tion, les observateurs ont négligé généralement de rechercher avec soin le début. Cependant, en examinant attentivement les faits, on parvient à un résultat qui, sans être opposé à la proposition de M. Guersant, doit la modifier un peu. Dans quelques observations plus complètes que les autres, et notamment dans un cas cité par M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 273), on voit que le premier accès de suffocation a été précédé pendant quelques heures d'un enrouement léger sans fièvre, auquel les parents ne faisaient aucune attention. Dans les observations recueillies par Jurine et analysées par MM. Rilliet et Barthez, il y a eu du larmoiement, du coryza, de l'accablement, et même un peu de fièvre. D'un autre côté, les cas de pseudo-croup survenus à la fin d'une affection qui avait intéressé plus ou moins le larynx ne sont pas rares, en sorte qu'on est porté à croire que la laryngite striduleuse débute par une légère inflammation de la muqueuse, dont les symptômes peuvent passer d'abord inaperçus. Au reste, M. Guersant lui-même paraît de cet avis lorsqu'il considère la maladie comme une simple laryngite superficielle qui prend une forme particulière.

Symptômes des accès. Quoi qu'il en soit, il est certain que, soit pendant le sommeil, soit plus rarement pendant la veille, on voit survenir rapidement une telle aggravation des symptômes existants, et des symptômes nouveaux si effrayants, qu'on peut croire à un début subit. L'enfant est réveillé en sursaut, ou bien s'arrête tout à coup dans ses jeux; la *toux* se déclare forte, sonore, rauque, donnant lieu parfois à un cri particulier que quelques auteurs ont comparé aux aboiements d'un jeune chien, et qui se fait entendre dans les efforts convulsifs d'expiration. Cette toux revient par quintes plus ou moins prolongées et très fatigantes.

En même temps la *respiration* est rapide, entrecoupée, haletante, et il se produit pendant l'inspiration un bruit aigu, plus strident, plus déchiré que celui de la coqueluche, et qu'on a désigné par les noms de *respiration striduleuse*, *sibilante*, *rauque*, *sonore*, et de *cri de coq*. Ce sont surtout les médecins anglais qui ont employé cette dernière expression. Ces phénomènes méritent toute notre attention, parce que longtemps ils ont servi à caractériser le croup, tandis qu'il résulte des observations récentes qu'ils appartiennent plus particulièrement à la laryngite striduleuse qu'au croup proprement dit. Ce sont ces cris particuliers qui ont valu à la maladie les noms de *crowing inspiration*, *laryngite striduleuse*, etc.

Lorsque l'enfant éprouve un peu de calme, il se plaint ou il crie, et alors on peut observer les altérations de la *voix*. Elle est enrouée, déchirée, mais conserve presque toujours un certain degré de force. Je trouve dans les écrits des auteurs anglais quelques observations où il est fait mention de l'*aphonie;* mais les sujets chez lesquels on a observé ce symptôme n'étaient pas atteints d'une simple laryngite striduleuse; ils éprouvaient des accidents nerveux dont la suffocation et l'aphonie n'étaient qu'une complication. Parfois, néanmoins, la voix peut être éteinte dans les accès. Jurine et M. Bretonneau en ont cité des exemples, mais ces cas sont rares.

La *douleur* que peut éprouver le malade à la région laryngée n'a pas suffisamment attiré l'attention des observateurs, absorbée sans doute par les signes de suffocation et d'asphyxie. La douleur causée par la pression sur le larynx n'a été recherchée que dans un des cas rassemblés par moi; elle existait à un faible degré.

Il en est de même de l'*expectoration* muqueuse; les auteurs en parlent peu;

quelques uns signalent seulement une expectoration de mucus sans trace de fausses membranes, ni de sang, ni d'aucun autre produit morbide.

L'*inspection* du pharynx, qu'il est si important de faire dans des cas semblables, ne fait reconnaître la présence d'aucune fausse membrane; à peine y a-t-il un peu de rougeur de la muqueuse.

Pendant que l'enfant éprouve ces symptômes si pénibles, il est en proie à une grande anxiété. Sa *face* se congestionne; les lèvres, en particulier, deviennent violettes; un peu plus tard, on observe une pâleur effrayante; les yeux expriment la terreur. Le docteur John Henderson (1) a noté les yeux hagards. Le malade penche la tête en arrière pour respirer; il porte la main à son cou; il y a quelquefois une certaine distorsion des membres, ou de faibles convulsions dans les efforts d'inspiration; on constate, en un mot, tous les signes de l'asphyxie. Tel est l'*accès* de la laryngite striduleuse dans son plus haut degré d'intensité.

Au bout d'un temps variable qui n'a pas été précisé, mais qui dépasse rarement une heure, et que Jurine a vu durer six heures avec quelques rémissions seulement, les quintes de toux commencent à diminuer d'intensité, la respiration est moins bruyante, moins précipitée, moins entrecoupée. La toux n'est pas aussi sèche; on entend quelques mucosités se détacher. Peu à peu les symptômes d'anxiété et les signes d'asphyxie se dissipent, et il ne reste plus d'un état aussi alarmant qu'une fatigue en rapport avec la violence de l'accès.

Je n'ai point encore parlé du *mouvement fébrile*, parce qu'il m'a paru mériter d'être considéré en particulier. Les auteurs s'accordent à dire que dans l'affection qui nous occupe il y a peu ou point de fièvre. Il est certain que, dans les cas évidents dont j'ai parcouru l'histoire, la fièvre était peu considérable; cependant, lorsque la maladie a un peu d'intensité, le mouvement fébrile est assez prononcé, comme on peut le voir dans l'observation rapportée par M. Bretonneau, une des meilleures que nous possédions. Mais ce mouvement fébrile, quand il a lieu, ne devient un peu fort qu'après une certaine durée de la maladie, et au moins après le premier accès; en sorte que c'est non pas l'absence de la fièvre au début qu'il faut signaler, mais son peu de rapport avec les symptômes effrayants de ce premier accès. L'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur ne sont jamais portées à un degré extrême.

Je n'ai fait qu'indiquer de légers mouvements convulsifs au plus fort de l'accès, et au moment où la suffocation est le plus alarmante. Cependant plusieurs médecins anglais, parmi lesquels je citerai principalement Henry Rees (2), J. Cheyne (3), Clarke (4), ont longuement décrit des convulsions qui ont lieu chez quelques enfants, et ont beaucoup insisté sur leur importance. La lecture de leurs observations et de leurs descriptions générales m'a convaincu qu'ils ont regardé comme appartenant à la laryngite striduleuse de véritables convulsions d'éclampsie, soit qu'une laryngite striduleuse vînt compliquer cette dernière maladie, soit que le spasme de la glotte ne fût, dans ces cas, qu'un simple symptôme. Mais c'est une question qui reviendra à l'article *Diagnostic*.

(1) *Observ. on the diseases prevalent among the natives of Hindostan.*

(2) *On the species of convulsions in infants*, etc. (*The Lancet*, vol. I, p. 679, 1831).

(3) *The Cyclop. of pract. med.*, art. CROUP.

(4) *A peculiar species of convulsions in infant children.*

Je ne dis rien de l'irritation intestinale que M. Clarke (*loc. cit.*) a trouvée dans la plupart des cas; elle n'était pas due à la laryngite striduleuse, mais bien à la difficulté de la dentition, qui existait presque toujours, et qui donnait lieu non à une inflammation suffocante du larynx, mais à une ou plusieurs attaques d'éclampsie avec suffocation.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Le pseudo-croup a une *marche* aiguë. En peu d'heures, ordinairement, le premier accès paraît et la maladie est à son plus haut degré d'intensité. La forme d'accès appartient essentiellement à cette maladie, et lui donne une physionomie particulière. Néanmoins je remarque dans les observations qui ont été prises avec le plus de soin, qu'il reste quelques symptômes entre les accès. Ces symptômes sont, assez souvent, très faibles; ainsi on n'observe qu'un peu d'enrouement, une certaine gêne dans le larynx, accidents qu'on serait tenté de regarder comme une suite des grands efforts de toux et d'inspirations, mais qui annoncent un peu d'inflammation de la muqueuse laryngienne, puisque ce sont les mêmes qui existaient avant l'accès. Ces symptômes étant ceux de la laryngite simple légère décrite plus haut, et qu'on doit regarder comme une simple indisposition plutôt que comme une maladie réelle, il n'est pas surprenant qu'on ait vu des enfants se livrer à leurs jeux presque immédiatement après l'accès, et ces cas ont pu faire croire à une intermittence complète.

Il peut arriver que la maladie, soit qu'on lui oppose des remèdes puissants, soit qu'on la livre pour ainsi dire à elle-même, ne présente qu'un seul accès; on en voit un exemple dans une observation publiée par le docteur Jonathan Couch (1); mais le plus souvent de nouveaux accès ont lieu à des intervalles variables, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Wichmann et M. Guersant ont remarqué que le retour des accès avait lieu principalement pendant la nuit. Ce dernier auteur a également noté que la violence des accès allait toujours en décroissant depuis le premier. L'observation de M. Bretonneau nous fournit un exemple à l'appui de cette assertion.

Ici se présente naturellement une question intéressante : *Quelle est la cause de cette intermittence, de ces accès séparés par des intervalles de calme si remarquables, dans une affection où nous admettons une inflammation qui persiste dans tout le cours de la maladie?* Bien des médecins élèvent des doutes sur la nature inflammatoire de la laryngite striduleuse, à cause de cette forme intermittente. Il leur faut, pour expliquer les accès, un spasme, une convulsion de la glotte : symptômes purement nerveux. Les faits ne me permettent pas de partager cette manière de voir. Les premiers symptômes décrits plus haut sont ceux d'une laryngite légère ; dans la laryngite simple elle-même, il existe des exacerbations qui, sans être aussi remarquables que dans le pseudo-croup, n'en donnent pas moins à la maladie un caractère marqué d'intermittence, ou, si l'on veut, de rémittence; et ce qu'il est vrai de dire de l'inflammation du larynx ne l'est pas moins de toutes les autres affections de cet organe qui déterminent la suffocation. Sans doute, dans la laryngite striduleuse, cette forme de la maladie est plus frap-

(1) *Observations on croup* (*Annals of med. and surg.*, t. I, p. 274, 1817).

pante ; mais cela ne tient-il pas à l'étroitesse de la glotte et à la plus grande facilité avec laquelle se gonflent ses tissus chez les jeunes enfants, qui sont presque exclusivement affectés de cette maladie ?

Voici, du reste, comment M. Bretonneau, qui s'est occupé avec tant de succès des maladies ayant quelques rapports avec le croup, explique ces violents accès, qu'il considère comme produits par une sorte d'*enchifrènement de la glotte :* « Aucune constriction ne peut, dit-il, resserrer ni diminuer le calibre des narines, et cependant l'enchifrènement cesse et augmente plusieurs fois dans la même heure ; il suffit d'un léger changement de température pour opérer ces vicissitudes.... On voit donc que l'air, sans que le spasme y ait aucune part, peut avoir alternativement un accès plus ou moins facile dans les canaux aérifères. » Peut-être tous les auteurs se seraient-ils rendus à cette manière de voir de MM. Bretonneau et Guersant, s'ils avaient été plus sévères dans leurs observations, et s'ils n'avaient pas donné le nom de *laryngite striduleuse* à des affections étrangères, et notamment à des cas d'éclampsie partiels désignés sous le nom de *spasme de la glotte.* On verra aux articles *Asthme thymique* et *Éclampsie*, ce que je pense de ce *spasme la glotte.* J'en dirai quelques mots plus loin au paragraphe consacré au diagnostic *de* du pseudo-croup.

Suivant M. Guersant, la *durée* de la maladie est de trois à quinze jours ; cependant je trouve quelques cas dans lesquels la durée a été d'un mois. M. Guersant pense que, lorsqu'il en est ainsi, « le plus souvent la fièvre et la durée de la maladie sont le résultat de toutes les médications plus ou moins actives qu'on ne manque jamais de mettre en usage pour la combattre, parce qu'on la confond généralement avec le croup (*loc. cit.*, pag. 357). » Il est fâcheux qu'une analyse exacte des faits ne mette pas hors de doute ce point important. On a cité des cas de spasme de la glotte qui duraient plusieurs mois et même plus d'un an. Mais, dans ces cas, ou bien il y avait eu plusieurs attaques de laryngite striduleuse à de grandes distances, ou bien le spasme de la glotte n'était qu'un symptôme d'une affection convulsive générale.

De nouvelles difficultés s'élèvent lorsqu'il s'agit de rechercher quelle est la *terminaison* de cette maladie. Les deux observateurs les plus exacts, MM. Bretonneau et Guersant, n'ont jamais vu la laryngite striduleuse causer la mort. Dans les observations recueillies par les médecins anglais, au contraire, on voit un certain nombre d'exemples de terminaison fatale. A quoi tient cette différence ? Toujours à la même cause. Plusieurs de ces derniers auteurs n'ont point été assez sévères dans le diagnostic ; toutes les fois qu'ils ont vu survenir rapidement, dans le cours d'une bonne santé apparente, un accès de suffocation, ils ont admis l'existence de la maladie ; et c'est cette confusion de plusieurs affections de gravité fort différente qui a introduit l'erreur dans les résultats qu'ils ont obtenus (1). Toutefois on ne doit pas conclure d'une manière absolue, des observations de MM. Bretonneau et Guersant, que la maladie n'est jamais mortelle : on trouve dans les écrits de Home, de Millar, de Wichmann, de Vieusseux, de Lobstein, des cas mortels qu'on ne

(1) Le docteur Kellie, cité par J. Cheyne, va jusqu'à prétendre qu'il n'y a entre le vrai croup et le croup spasmodique, ou laryngite striduleuse, d'autres différences que le degré de violence et l'intermittence ou la continuité des symptômes. C'est là une manière de voir entièrement contraire aux faits.

peut rapporter qu'à la laryngite striduleuse, et que M. Guersant regarde lui-même comme appartenant à cette affection. Quelle influence le traitement a-t-il pu avoir sur cette terminaison fatale? c'est ce que j'examinerai plus tard. En attendant, il nous est permis de dire avec certitude que le pseudo-croup peut, quoique très rarement, se terminer par la mort.

En *résumé*, la laryngite striduleuse est une inflammation peu profonde du larynx, qui donne lieu à des accès violents, qui n'a ordinairement pas une durée plus longue qu'une laryngite simple légère, et qu'on n'a guère vue se terminer par la mort, depuis qu'on a cessé de la confondre avec le croup et qu'on lui oppose un traitement simple.

§ V. — Lésions anatomiques.

« Comme je n'ai jamais vu, dit M. Guersant, succomber un seul individu à cette maladie, à moins qu'elle ne fût compliquée, je ne puis donner les caractères anatomiques du pseudo-croup simple, qui me sont inconnus. » M. Bretonneau (*loc cit.*, p. 264) s'exprime à peu près de la même manière, et il ajoute : « Sans doute les lésions de la glotte ou du larynx, qui produisent la toux et modifient le timbre de la voix, sont bien légères, puisque les symptômes généraux dont elles s'accompagnent sont si peu graves et si fugaces. » Les renseignements que nous fournissent sur ce point les observations sont des plus vagues; tout ce qu'il en résulte, c'est que, comme l'avait prévu M. Bretonneau, les lésions trouvées après la mort sont très légères. Un peu de mucus, une faible rougeur ont été notés dans quelques cas, et, le plus souvent, les auteurs se contentent de dire que le larynx était exempt d'altérations.

Je ne parle point des lésions que quelques auteurs anglais ont trouvées dans les membranes du cerveau, car alors la maladie principale était une arachnitis, et la suffocation n'était qu'un symptôme. Le docteur Clarke attribue la maladie à une irritation cérébrale; mais c'est encore une maladie étrangère, l'éclampsie, qui l'a induit en erreur.

M. Hugh Ley (1) a cru trouver la cause de cette maladie dans la tuméfaction des glandes bronchiques qui, comprimant le nerf vague, déterminent un spasme mortel de la glotte. Cette opinion singulière a été réfutée par M. Robertson (2), qui, dans des cas semblables à ceux que M. Ley a rapportés, n'a point trouvé la lésion dont il s'agit.

J'ai présenté ces considérations, parce qu'il n'est pas indifférent, pour le traitement du pseudo-croup, de savoir si l'on n'a affaire qu'à un catarrhe léger du larynx, ou s'il existe une lésion plus profonde et bien plus difficile à faire disparaître.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Parmi les maladies que l'on a quelquefois confondues avec la laryngite striduleuse; il en est qui ont leur siége dans le larynx, et d'autres qui occupent des parties plus ou moins éloignées. Commençons par celles qui siégent dans le larynx.

(1) *Observ. on the crowing inspir. of children*, etc. (*Lond. med. Gaz.*, février 1834, p. 702).
(2) *Lond. med. Gaz.*, 29 march 1834, p. 968.

La *laryngite simple aiguë*, lorsqu'elle est *légère*, présente les premiers symptômes de la laryngite striduleuse ; mais comme les accès ne surviennent pas dans la première de ces deux affections, il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic entre elles.

Il n'en est pas de même de la *laryngite simple aiguë intense*. On a vu, dans la description de cette maladie, qu'il y avait des moments d'exacerbation où la gêne de la respiration pouvait être portée à un degré beaucoup plus élevé. Mais ces exacerbations ne contrastent pas avec le peu de gravité des symptômes antécédents, au point de paraître des accès subits ; tandis que, d'un autre côté, la douleur, la gêne dans le larynx, la toux, l'altération de la voix, sont beaucoup plus prononcés et le mouvement fébrile surtout beaucoup plus considérable. En un mot, d'une part, accès violents, et hors des accès symptômes presque nuls ; d'autre part, simples exacerbations, et entre elles symptômes toujours assez graves : voilà ce qui rend ces deux affections très différentes l'une de l'autre.

C'est principalement du *croup* (*laryngite pseudo-membraneuse*) qu'il importe de distinguer la maladie qui nous occupe. Dans l'un, en effet, le pronostic est très grave et le traitement doit être très énergique, tandis que dans l'autre, malgré la violence des symptômes, on doit s'attendre à une heureuse issue, et des moyens fort simples ont parfaitement réussi. On distingue le pseudo-croup du croup : 1° Par les symptômes du début, qui sont beaucoup plus graves dans cette dernière maladie. La gêne de la respiration, la douleur du larynx, sont plus intenses, les symptômes généraux plus inquiétants. Les accès de suffocation, au contraire, et surtout le premier, sont moins violents, ou tranchent moins, s'il est permis de s'exprimer ainsi, sur les symptômes continus. 2° Dans les intervalles des accès, les symptômes de la laryngite pseudo-membraneuse restent toujours plus ou moins inquiétants. 3° Dans le pseudo-croup, la voix est simplement enrouée ; dans le croup, elle est fortement altérée d'abord, puis éteinte. 4° Les enfants affectés du croup présentent souvent un engorgement des ganglions lymphatiques du cou qui n'existe pas dans le pseudo-croup. 5° Dans la laryngite pseudo-membraneuse, il y a fréquemment rejet, par l'expuition, d'un ou de plusieurs lambeaux de fausses membranes croupales ; rien de semblable dans la laryngite striduleuse. 6° Enfin, en examinant le pharynx, ce qu'il ne faut jamais négliger, on trouve fréquemment dans le croup, sur les amygdales, la fausse membrane diphthéritique qui n'existe jamais dans le pseudo-croup. Telles sont les bases sur lesquelles le praticien devra asseoir ce diagnostic si important (1).

(1) On peut rapprocher de ce diagnostic celui que MM. Rilliet et Barthez ont emprunté à Wichmann, et qui prouve que cet auteur avait observé attentivement les faits. Le voici :

DIAGNOSTIC DE WICHMANN.

ASTHME SPASMODIQUE.	ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
1° Il naît subitement, et la première attaque se manifeste ordinairement la nuit.	1° Elle naît lentement, se développe peu à peu. Le premier accès paraît ordinairement le jour.
2° Il est toujours sporadique.	2° Elle règne d'ordinaire épidémiquement.
3° La toux, quand elle existe, est sèche, sans aucune expectoration.	3° Des couches de matière puriformes et des concrétions cylindriques sont expulsées par la toux et par le vomissement,

On a pensé que l'*œdème de la glotte* et la *coqueluche* pourraient être confondus, dans certains cas, avec le pseudo-croup. Lorsque je ferai l'histoire de ces affections, je dirai un mot de ce point de diagnostic, qui n'offre réellement pas de difficultés sérieuses.

J'ai dit que les médecins anglais ont cité comme des pseudo-croups un certain nombre de cas de suffocation avec *convulsions générales*. Ces auteurs regardant la suffocation comme la maladie principale, sans doute parce que ses symptômes sont les plus effrayants, et que la mort peut survenir dans un accès, n'ont pas élevé le moindre doute sur la nature de la maladie. Je ne pense pas néanmoins que leur opinion doive être admise, et pour qu'on puisse en juger, je vais en peu de mots exposer les symptômes attribués par eux à la maladie. Je prends la description de M. William Kerr, comme la plus claire et la plus complète : « On peut, dit cet auteur (1), être appelé en hâte pour des convulsions, accident qui accompagne fréquemment le *laryngismus stridulus... Avec le temps*, la maladie attire l'attention; car, durant son cours, des symptômes nouveaux se joignent aux symptômes très simples de l'affection de la glotte. Les pouces sont tournés vers la paume des mains; celles-ci sont fermées; et quand on a employé la force pour les ouvrir, elles se referment promptement; les pieds sont tournés en bas et en dedans; le dos des pieds et des mains est gonflé. Après l'accès, les pouces sont quelquefois si roides, que l'enfant ne peut pas tenir les objets; *il y a une paralysie temporaire des mains...* A une époque un peu plus avancée, l'enfant a même de la peine à se tenir debout. Les petits sujets ont plus de difficulté que les autres à parler. » Quant au nombre des attaques et à la durée de la maladie, M. Kerr dit que « parfois il y a de vingt à trente accès en quelques jours, et que parfois aussi on n'en compte pas un seul *pendant plusieurs semaines.* »

En voilà assez, je pense, pour montrer quelle différence immense il y a entre cette affection et celle que j'ai décrite dans cet article. D'une part : maladie aiguë, de courte durée, n'offrant pour ainsi dire que des symptômes locaux, et présentant à peine quelques mouvements convulsifs au plus fort des accès; de l'autre : maladie chronique, durant plusieurs mois, remarquable par des symptômes nerveux intenses, des convulsions, comme on n'en voit que dans les véritables névroses. On ne saurait réunir sous le même nom deux affections si dissemblables. J'ajoute que c'est en pareil cas que la mort est le plus souvent survenue, et qu'on a trouvé les lésions des membranes cérébrales indiquées plus haut. La plupart des faits cités par les auteurs anglais m'ont paru appartenir à l'*éclampsie* (2); y en a-t-il qu'il

4° La douleur manque; elle est remplacée par une constriction de toute la poitrine.	4° La douleur existe dans le conduit aérien, et l'on perçoit par le toucher une légère tuméfaction au niveau de l'endroit douloureux. Cette tuméfaction n'est pas sensible à la vue.
5° La voix est rauque et creuse.	5° La voix a un timbre sifflant très spécial.
6° La fièvre n'existe pas.	6° La fièvre existe.
7° Les accidents alternent avec des intermittences, pendant lesquelles les enfants paraissent en bonne santé.	7° Les accidents continuent sans interruption; il n'y a pas d'intermittences bien évidentes.
8° La maladie est de nature convulsive, et réclame un traitement antispasmodique.	8° La maladie est de nature inflammatoire, et réclame un traitement antiphlogistique.

(1) *On laryngismus stridulus or spasm of the glottis* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XLIX, p. 344; 1838).

(2) Cette manière de voir, que j'ai puisée dans l'étude des observations, a été depuis admise par

faille rapporter à une inflammation chronique des méninges? La description des lésions n'est pas assez exacte pour qu'on puisse répondre à cette question.

C'est par un rapprochement plus que forcé qu'on a voulu rapporter la suffocation observée dans l'*hystérie* (1) à une angine convulsive ou laryngite striduleuse. Il est donc inutile d'établir un diagnostic entre ces deux affections.

L'*asthme thymique*, dont les médecins allemands ont cité d'assez nombreux exemples et ont plusieurs fois donné la description, présente des points de ressemblance assez grands avec la laryngite striduleuse. Mais comme cette maladie est imparfaitement connue en France, j'attendrai, pour en présenter le diagnostic différentiel, d'en avoir fait l'histoire. Je renvoie donc à l'article où il sera traité de cette maladie.

L'*asthme aigu de Millar* a fort préoccupé les auteurs, et l'on a cherché à distinguer cette prétendue affection du pseudo-croup, comme de toutes celles qui occupent le larynx. Mais il suffit de parcourir avec attention le Mémoire de *Millar* (2) pour voir que cet auteur a donné le nom d'*asthme aigu* à toute affection aiguë des voies respiratoires qui cause des accès de suffocation plus ou moins prononcés. Ainsi il confondait sous le même nom la laryngite simple aiguë, la laryngite striduleuse, le croup, la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse. C'est ce que prouvent et les détails anatomiques fournis par l'auteur sur une substance blanche, dure, gélatineuse, obstruant les bronches (page 38), et sa description des symptômes du second degré de l'asthme aigu (3). Il n'y a donc pas lieu d'établir un diagnostic.

La *bronchite capillaire suffocante*, sur laquelle M. le docteur Fauvel a publié un travail très important, pourrait-elle être confondue avec le pseudo-croup. Si l'on considère que la dyspnée est essentiellement intermittente dans celui-ci, et continue dans celle-là; que la fièvre, presque nulle dans la laryngite striduleuse, est notable dans la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse, et qu'enfin il y a dans cette dernière maladie une grande abondance de râle sous-crépitant ou sonore qui n'existe pas dans la première, on verra que l'erreur est très facile à éviter.

Les symptômes de la laryngite striduleuse pourraient, bien plus encore que ceux de la laryngite aiguë simple, être confondus avec ceux qui résultent de l'introduction d'un *corps étranger dans le larynx*. C'est dans ce diagnostic que le léger enrouement du début acquiert une grande importance; car, avec les commémoratifs, il constitue à peu près seul la différence qui existe entre les deux affections. L'auscultation du larynx serait peut-être utile en pareil cas, mais les expériences ne s ont pas encore assez nombreuses.

M. Trousseau et par M. Hérard (*Du spasme de la glotte*; thèse, Paris). Elle paraît être partagée aujourd'hui par le plus grand nombre des médecins français.

(1) BOERHAAVE, *Angina convulsiva*. THOMAS LAYCOCK, *Spasme de la glotte*, (*Lond. med. Gaz.*, vol. XXII, p. 205; 1837-1838).

(2) *Observ. sur l'asthme et le croup*, traduction de L. Sentex; Paris, 1808.

(3) Aujourd'hui que des recherches plus exactes ont porté leurs vives lumières sur ces diverses maladies, il est évident que cette dénomination d'asthme aigu de Millar doit disparaître du vocabulaire médical, comme la maladie complexe qu'elle désigne doit être retranchée du cadre nosologique. C'est le seul moyen de faire cesser la confusion que cette prétendue affection a apportée jusqu'à présent dans l'histoire des maladies du larynx.

Résumons maintenant en un tableau ce diagnostic important et parfois difficile, sans lequel la thérapeutique du croup et du pseudo-croup n'aurait jamais pu acquérir la moindre précision.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la laryngite simple aiguë intense et du pseudo-croup.*

PSEUDO-CROUP.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE INTENSE.
Avant le premier accès de suffocation, symptômes très légers, simple enrouement, peu ou point de fièvre.	*Avant le premier accès de suffocation*, symptômes assez graves, gêne de la respiration, douleur, toux, fièvre.
Premier accès, très violent, hors de toute proportion avec les symptômes qui l'ont précédé, et ordinairement plus fort que les accès suivants.	*Premier accès*, ordinairement plus faible que les suivants, qui n'ont souvent qu'une légère intensité, et sont difficiles à reconnaître.
Entre les accès, calme parfait; souvent disparition presque complète de tous les symptômes.	*Entre les accès*, les symptômes locaux continuent, quoique à un moindre degré; la fièvre persiste.
Altération de la voix, faible.	*Altération de la voix*, toujours plus prononcée; quelquefois *aphonie*.

Les signes diagnostiques qui précèdent ne consistent, comme on peut le voir, qu'en de simples nuances; c'est que les deux maladies ne diffèrent en effet que par la forme.

2° *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse (croup) et de la laryngite striduleuse (pseudo-croup).*

PSEUDO-CROUP.	CROUP.
Symptômes du début très légers.	*Symptômes du début* plus ou moins graves.
Dans les *intervalles des accès*, absence presque complète de symptômes.	Dans les *intervalles des accès*, symptômes toujours inquiétants.
Voix peu altérée.	*Voix* très altérée, éteinte.
Pas d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou.	*Engorgement* fréquent des ganglions.
Pas d'expectoration de *fausses membranes*.	Dans bien des cas, expectoration de *fausses membranes laryngiennes* (signe pathognomonique).
Point de fausse membrane sur les amygdales.	*Fausse membrane* sur les amygdales.

3° *Signes distinctifs de la suffocation survenant dans l'éclampsie et du pseudo-croup.*

PSEUDO-CROUP.	ACCÈS DE SUFFOCATION DE L'ÉCLAMPSIE.
Accès survenant dans le cours d'une affection aiguë.	*Accès* survenant dans le cours d'une affection convulsive chronique.
Convulsions faibles, seulement dans les accès de suffocation.	*Convulsions violentes*, dont la suffocation est une conséquence.
Après les accès, point d'altération des mouvements.	*Après les accès*, paralysie incomplète des membres. (Kerr.)

4° *Signes distinctifs du pseudo-croup et de la bronchite capillaire suffocante.*

PSEUDO-CROUP.	BRONCHITE CAPILLAIRE PURULENTE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Dyspnée intermittente.	*Dyspnée* continue.
Mouvement fébrile nul ou faible.	*Mouvement fébrile* notable.
Peu ou point de *râles.*	*Râles* sous-crépitant et sonore très abondants.

5° *Signes distinctifs du pseudo-croup et de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.*

PSEUDO-CROUP.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX.
Toux légère, *enrouement* avant le premier accès.	Ni *toux*, ni *enrouement* avant l'accès.
Commémoratifs : nuls.	*Commémoratifs :* on peut apprendre que l'enfant a joué avec un corps étranger qu'il a introduit dans sa bouche.

Pronostic. Après tout ce qui a été dit plus haut, et si l'on a égard aux faits dans lesquels le diagnostic a été le plus sûr et le traitement le plus éclairé, on doit regarder le pseudo-croup comme une affection plus effrayante que grave. Cependant, je l'ai déjà dit, il est quelques cas authentiques de cette terminaison funeste. Doit-on, comme M. Guersant, attribuer formellement cette triste issue d'une maladie innocente à la violence d'un traitement actif dirigé contre le croup? Si l'on considère qu'entre les mains de ce praticien les moyens les plus simples ont constamment réussi, on est porté à partager cette opinion. Malheureusement les faits sont insuffisants pour nous donner une solution plus complète de cette question. Toujours est-il qu'avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui, et en supposant le traitement convenablement dirigé, on peut prédire une heureuse terminaison de la laryngite striduleuse, si elle n'est point compliquée.

On a vu que le premier accès de suffocation était très violent, et que les suivants perdaient ensuite graduellement de cette intensité. Or, comme il en est tout autrement de la laryngite aiguë intense et de la laryngite pseudo-membraneuse, il s'ensuit que si à un accès très violent et imprévu il succède un calme profond, un état de santé presque parfait, puis un second accès moins violent, on doit penser qu'il s'agit d'un pseudo-croup, et espérer une heureuse terminaison.

§ VII. — Traitement.

Il est extrêmement difficile d'apprécier rigoureusement la valeur des diverses médications proposées contre le pseudo-croup. Ai-je besoin d'en indiquer les causes? Cette maladie ayant été confondue d'abord avec le croup, et puis avec des affections nerveuses primitivement étrangères au larynx, on a appliqué le plus souvent le même traitement à des cas hétérogènes, ce qui a rendu impossible tout résultat positif.

Néanmoins, en examinant les faits particuliers, et en leur appliquant les principes de diagnostic indiqués plus haut, je suis parvenu à démêler un certain nombre de cas de laryngite striduleuse dans lesquels diverses médications ont été

mises en usage, et qui me serviront pour l'étude du traitement. Commençons par le traitement simple proposé par MM. Bretonneau et Guersant.

1° *Adoucissants; émollients.* Il est remarquable que M. Guersant soit presque le seul qui ait insisté sur ces moyens peu violents. La grande majorité des auteurs, se faisant une idée fausse de l'état nerveux éprouvé par les sujets, a dirigé contre lui des remèdes plus ou moins actifs. M. Guersant, au contraire, pense que les *tisanes* et les *potions adoucissantes* sont une partie importante du traitement, et les résultats de sa pratique viennent à l'appui de cette proposition.

2° *Laxatifs; purgatifs.* C'est encore un moyen mis en usage par M. Guersant, mais plus encore par MM. Bretonneau, Marsh (1) et Kerr (2). M. Bretonneau emploie de préférence le *jalap uni au calomel* et *l'émulsion d'huile de ricin*. Je donnerai les formules dans les *ordonnances*. M. Kerr a mis en usage l'*huile de croton tiglium*, la *rhubarbe*, la *magnésie*, etc., et il dit tenir du docteur Hill, de Greenock, qu'une *mixture d'huile de térébenthine et d'huile de ricin* est presque un spécifique contre cette maladie. Mais je dois rappeler que le docteur W. Kerr est un des auteurs anglais qui ont donné le plus d'extension au *laryngismus stridulus*, et que par conséquent on doit admettre ses assertions avec la plus grande réserve.

3° *Vomitifs.* M. Guersant ne les conseille que dans les cas où la maladie a une certaine intensité, lorsqu'il y a de la fièvre et une grande agitation. Mais beaucoup d'autres médecins, au nombre desquels on peut citer Lobstein (3), Vieusseux (4), et surtout M. Couch (5), regardent les vomitifs comme très efficaces et presque comme spécifiques. Il est vrai que nous avons toujours la même objection à faire à ces auteurs : c'est qu'ils ont traité pêle-mêle le croup, le faux croup et l'éclampsie avec respiration striduleuse, et que le diagnostic étant incertain, les résultats tirés de leurs observations ne sauraient être rigoureux. Les vomitifs le plus généralement employés sont le *tartre stibié* et l'*ipécacuanha*, le premier surtout. Le *sulfate de zinc* a été proposé par M. Ley (*loc. cit.*), mais il a été peu mis en usage. Je ne parlerai point ici du *sulfate de cuivre*, parce que ce médicament, préconisé comme un remède souverain qui peut lui seul enlever rapidement la maladie, mérite d'être étudié à part. Le *tartre stibié* a été donné à assez haute dose. Voici la formule indiquée par M. Lejeune (6) dans un cas de laryngite striduleuse, chez un *enfant de dix mois* :

℞ Tartre antimonié de potasse.	0,05 gram.	Sirop de guimauve............ 15 gram.
Eau....................	30 gram.	

Mêlez. A prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

Cette dose ne détermina aucun accident, malgré l'âge si peu avancé du sujet. Dès le lendemain, au contraire, le mieux était sensible. Chez un enfant plus âgé, on peut porter la dose jusqu'à 0,1 gramme, mais il serait inutile de la dépasser, parce que c'est surtout l'effet vomitif qu'on veut produire. Le docteur Couch a souvent

(1) *The Dublin hospital reports*, vol. V, p. 600; 1830.
(2) *The Edinburg med. and surg. Journal*, vol. XLIX, p. 344; 1838.
(3) *Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, 8e ann., IIe partie, p. 500; 1817.
(4) *Observ. sur le croup* (*Journ. de Méd.* de Corvisart, t. XII, p. 422; déc. 1806).
(5) *Observ. on croup* (*Annals of med. and surg.*, vol. I, p. 271; 1817).
(6) *Journ. de méd.*, t. XXV, p. 131, octobre 1812. *Observ. sur le croup*, etc.

réitéré le vomitif trois ou quatre fois dans une nuit, lorsque les accidents persistaient, et toujours, dit-il, il a eu à s'en louer. Il est inutile de dire que cette assertion, qui peut être très juste, ne s'appuie pas sur une analyse rigoureuse des faits.

4° *Sangsues; saignées.* Les évacuations sanguines ne sont encore recommandées par M. Guersant que dans les cas très graves; mais d'autres auteurs les prescrivent presque dans tous les cas. Quant à M. Bretonneau, c'est aussi dans les cas graves qu'il y a recours, un peu plus souvent toutefois que M. Guersant. Si nous nous rappelons que ces deux auteurs n'ont pas perdu un seul de leurs malades, nous admettrons nécessairement qu'on peut sans crainte négliger les évacuations sanguines, à moins que la dyspnée ne soit très grande, la fièvre très forte, l'accès très long et très violent. Le *nombre des sangsues* varie de 2 à 10, suivant l'âge des enfants. Quant à la saignée, elle ne peut guère être pratiquée que chez les enfants de huit ans au moins. Généralement, on pratique la *saignée du bras;* quelques auteurs néanmoins recommandent fortement la saignée de la jugulaire; je citerai entre autres P. Frank (1) et le docteur Kerr (*loc. cit.*); mais la supériorité de cette dernière est encore à démontrer.

5° *Topiques irritants; vésicatoire.* Pour compléter le traitement adopté par les médecins qui se sont le plus occupés de cette maladie, je dois dire un mot des *révulsifs.* Ces moyens ne font pas partie du traitement de M. Guersant; mais M. Bretonneau use fréquemment du *vésicatoire*, qui a été préconisé par Rosen de Rosenstein (2), Vieusseux, Couch, etc. M. Rees (3) est le seul qui signale ce moyen comme funeste; mais il est loin d'appuyer cette assertion de preuves suffisantes, et d'ailleurs il est de ceux dont le diagnostic est le plus incertain.

L'utilité du vésicatoire une fois admise, on s'est demandé dans quel lieu il fallait l'appliquer. Les uns : Chambon (4), Vieusseux, etc., veulent qu'on le pose entre les épaules; mais le plus grand nombre recommande de le mettre sur la région affectée elle-même, c'est-à-dire à la partie antérieure du cou. Si l'on avait déjà appliqué des sangsues sur ce point, il faudrait, suivant le précepte de Rosen, appliquer deux vésicatoires sur les parties latérales du cou, le plus près possible du larynx.

Rosen conseillait souvent, au lieu du vésicatoire, un cataplasme de *sénevé*, qui n'est autre chose qu'un sinapisme fait avec la moutarde sauvage ou la moutarde des champs. Voici comment il procédait :

CATAPLASME RUBÉFIANT DE ROSEN.

1° Mettez autour du cou un cataplasme émollient aiguisé d'un peu de *sénevé* (*sinapis arvensis*), et laissez-le jusqu'à ce que la peau rougisse et paraisse s'élever çà et là.

2° ℞ Feuilles de mauve.. 45 gram.

Faites les cuire en bouillie dans de l'eau simple, et ajoutez vers la fin de l'ébullition :

Sénevé écrasé.. 8 gram.

(1) *Traité de médecine pratique;* Paris, 1842, t. II, pag. 160.
(2) *Traité des malad. des enfants*, trad. de le Febvre de Villebrune, p. 498.
(3) *On the species of convulsions*, etc. (*The Lancet*, vol. I, p. 679; 1830-31).
(4) *Des malad. des enf.*, t. I; Paris, an VII. *Du croup.*

Appliquez le cataplasme ainsi composé sur le cou de l'enfant, et renouvelez-le lorsqu'il se refroidira.

On se demande si des applications chaudes, ainsi répétées, ne pourraient pas avoir un effet contraire à celui qu'on se propose, en déterminant une congestion dangereuse vers les organes déjà irrités. Rosen n'a nullement cherché à résoudre cette question.

6° *Résumé ; ordonnances*. Tel est le traitement qui a pour lui l'expérience la plus positive. Comme les moyens qui le composent ne sont pas applicables à tous les cas indifféremment, je vais spécifier ces cas dans les ordonnances suivantes :

Ire Ordonnance.

Dans un cas d'une intensité ordinaire (peu de fièvre ; intervalles des accès très calmes) :

1° Pour tisane : Solution de sirop de gomme, ou bien infusion de fleurs de guimauve édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° ℞ Infusion de fleurs de violettes. 130 gram.	Sirop de pomme.............. 30 gram.
Gomme arabique.......... 5 gram.	

A prendre en cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures.

3° Si l'enfant est assez âgé (six ans et au-dessus), lui faire faire une fumigation vers la gorge, avec une forte décoction de guimauve.

4° Tenir le ventre libre à l'aide d'un lavement émollient, administré tous les jours.

5° Diète.

IIe Ordonnance.

Dans un cas où les symptômes auraient une grande intensité :

1° Tisane, *ut suprà*.

2° *Chez les enfants de un à trois ans* (1), deux sangsues à la région laryngée ; arrêter le sang une heure après leur chute. — *Chez les enfants plus âgés*, augmenter le nombre des sangsues suivant l'âge et la force.

3° *Chez les enfants très jeunes*, administrer le sirop d'ipécacuanha par petites cuillerées jusqu'à effet vomitif. — *Après l'âge de deux ans :*

℞ Tartre stibié.... 0,02 à 0,03 gram.	Eau................ un demi-verre.

A prendre en une ou deux fois. Favoriser le vomissement en faisant avaler, s'il est possible, de l'eau tiède. — *A un âge plus avancé*, on peut élever le tartre stibié à la dose de 0,05 à 0,10 grammes en plusieurs fois; mais il est inutile d'en prescrire une plus grande quantité.

4° Un vésicatoire volant à la région du larynx.

5° Un lavement d'eau de guimauve avec addition de trois ou quatre cuillerées d'huile d'olive.

6° La fumigation comme dans le cas précédent.

7° Diète absolue ; ne pas permettre à l'enfant de quitter le lit, le calme fût-il considérable.

(1) Quelques auteurs ont cité des cas de pseudo-croup survenus peu de jours après la naissance ; en ce cas, il ne faudrait pas prescrire de sangsues, ou n'en prescrire qu'une seule.

Ces moyens sont ordinairement suffisants; mais si les symptômes persistaient, on aurait recours au traitement suivant :

IIIe Ordonnance.

Dans un cas semblable au précédent, chez un sujet de plus de six ans:

1° Même tisane.

2° Le vésicatoire, la fumigation, les sangsues.

3° Cataplasmes sinapisés aux mollets.

4° ♃ Huile de ricin.......	ãã 25 gram.	Eau commune..............	170 gram.
Mucilage de gomme arabiq.			

Mettez le mucilage dans un mortier de marbre, et triturez sans cesse, en ajoutant alternativement l'huile et l'eau par petites parties; puis versez peu à peu le reste de l'eau sur le mucilage émulsionné.

A prendre en deux fois, ou mieux en une, si c'est possible.

Les pilules purgatives suivantes peuvent être également prescrites :

♃ Jalap.............	1 gram.	Sirop de sucre............	Q. s.
Calomel...........	0,5 gram.		

F. s. a. dix pilules dont on fera prendre deux dans la journée.

5° ♃ Eau de laitue.........	75 gram.	Sirop de sucre..........	10 gram.
Sirop de pavot blanc...	15 gram.		

A prendre par cuillerées.

6° Diète absolue; repos au lit.

Tels sont les moyens simples qui sont aujourd'hui le plus généralement employés contre une maladie plus alarmante que dangereuse. Voyons maintenant ceux que quelques auteurs ont le plus chaudement préconisés, en s'appuyant sur un certain nombre de faits. Et d'abord examinons ce qui a été dit du *sulfate de cuivre*, qu'on a presque donné comme un spécifique.

7° *Sulfate de cuivre.* Ce n'est point sans doute contre la laryngite striduleuse proprement dite que le sulfate de cuivre a été préconisé par la plupart des auteurs; c'est contre le croup. Mais quand on lit leurs observations, on s'aperçoit bientôt que la plupart des cas dans lesquels ce médicament a été administré et a réussi appartiennent bien évidemment au faux croup. Si, par exemple, nous prenons les faits cités par le docteur Droste, médecin distingué d'Osnabrück, nous voyons que cet auteur a eu son attention fixée sur la présence de la fausse membrane, qui, selon lui, se détache en masse dans le premier vomissement qui suit l'administration du sulfate de cuivre; et cependant une seule de ses observations fait mention de l'expulsion de cette fausse membrane; dans les autres il n'y en avait pas de trace. Or, si l'on rapproche cette circonstance de la courte durée de la maladie, du peu de gravité des symptômes hors des accès, et de l'issue constamment heureuse, on ne peut admettre l'existence du vrai croup.

Le sulfate de cuivre est un des médicaments qui, suivant M. Guersant, ne servent qu'à prolonger la maladie. J'avoue que je ne peux pas partager cette opinion; car les cas cités par M. Droste sont, au contraire, remarquables par la prompte disparition des accidents. Je crois que l'observation n'a pas encore dit

son dernier mot sur l'action de cette substance, dont la spécificité ou la grande efficacité me paraît aussi peu démontrée que les inconvénients. Les docteurs Ley et Serlo (1) donnent les plus grands éloges au sulfate de cuivre. Voici la manière de diriger le traitement :

IV° Ordonnance.

TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE, PROPOSÉ PAR MM. DROSTE ET SERLO.

1° Une application de sangsues (*voy.* les ordonn. précéd.).
2° Cataplasme chaud sur les piqûres des sangsues (Droste).
3° D'abord comme vomitif :

℞ Sulfate de cuivre.. 0,10 à 0,15 gram. | Sucre de lait.............. 0,30 gram.

A prendre en une fois.

Quand le sulfate de cuivre aura produit son effet vomitif, continuez son administration, mais à la dose suivante :

℞ Sulfate de cuivre...... 0,20 gram. | Sucre de lait............. 2 gram.

Divisez en dix paquets, dont on fera prendre un toutes les deux heures.

M. Droste prescrit, avec ce traitement, un grand nombre d'autres médicaments qui viennent le compliquer, et qu'il est inutile de mentionner ici.

Sulfure de potasse. C'est encore dans le traitement du croup qu'on a fait entrer comme très efficace le médicament actif dont il s'agit. Mais en choisissant, parmi les cas cités, ceux qui ne sont évidemment que des laryngites striduleuses, on peut constater les effets de cette substance dans le pseudo-croup. Or on peut dire que ces faits ne prouvent nullement l'efficacité du sulfure de potassium. Ainsi, dans un cas rapporté par Lobstein et dans plusieurs autres cités par le docteur Lejeune (2), la maladie a eu une longue durée, et souvent, après l'administration du médicament, les symptômes se sont aggravés. Toutefois il faut dire que les expériences n'ont pas été assez multipliées. Voici la formule employée par le docteur Lejeune chez un enfant de dix-huit mois :

℞ Sulfure de potassium.... 1 gram. | Sirop de guimauve........ 90 gram.

Mêlez. Une cuillerée chaque demi-heure.

Chez les enfants plus âgés, on augmenterait la quantité de ce sirop : ainsi, *à cinq ans, une cuillerée et demie*, aux mêmes intervalles, et *à dix ans deux cuillerées.* Mais il ne faut pas oublier que le foie de soufre est une substance dont on doit surveiller attentivement les effets.

Antispasmodiques. Les accès d'étouffement ayant été souvent attribués à un spasme de la glotte, on comprend sans peine qu'on ait administré les antispasmodiques. Il est donc nécessaire d'en dire un mot.

En première ligne il faut placer l'*assa fœtida*, qui était le médicament de prédilection de Millar. Voici comment ce praticien dirigeait le traitement :

(1) *Journ. de Hufeland*, janv. 1834.
(2) *Obs. sur le croup, tendant à prouver les avantages du sulfure de potasse* (*Journ. de méd.*, t. XXV, p. 131, octobre 1812).

V° Ordonnance.

TRAITEMENT DE MILLAR.

Chez un enfant de un à deux ans :

1° ℞ Assa fœtida............	8 gram.	Eau de pouliot............	90 gram.
Acétate d'ammoniaque...	30 gram.		

Faites une dissolution. A prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

2° Toutes les huit heures, administrer le lavement suivant :

℞ Assa fœtida...........	8 gram.	Huile d'olive.........	30 gram. (1)
Décoction simple.......	90 gram.		

Pour un lavement.

3° ℞ Eau de menthe poivrée...	25 gram.	Quinquina en poudre très fine..................	1,30 gram.
		Sirop d'œillet............	8 gram.

Faites une boisson.

Le quinquina n'était ajouté aux antispasmodiques que pour prévenir le retour des accès, auxquels Millar supposait une certaine périodicité.

On peut dire de ce traitement, comme des précédents, *que s'il n'a pas été nuisible*, du moins rien ne prouve d'une manière incontestable son efficacité réelle.

Le *camphre* a été fréquemment employé. Wolff l'unissait au carbonate d'ammoniaque de la manière suivante :

Mixture camphrée.

℞ Carbonate d'ammoniaque..	0,40 gram.	Mucilage de gomme........	15 gram.
Camphre..............	0,25 gram.	Eau de sureau..............	90 gram.
Sirop de guimauve.......	13 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées, toutes les heures.

Quelle est l'efficacité réelle de ce médicament? c'est ce qu'il n'est pas possible de savoir, en l'absence de bonnes observations. Suivant M. Guersant, le camphre est utile, ainsi que l'assa fœtida, dans le *croup nerveux*. Mais existe-t-il un croup purement nerveux? encore des problèmes à résoudre.

Les moyens que j'ai indiqués sont loin d'être les seuls. Si je voulais être complet, je pourrais en citer bien d'autres. J'aurais à parler des *sels de zinc*, *de fer* (Elliotson); des *acides minéraux* (Ley); des *lotions froides* (Marsh); du *sulfate de quinine*, du *succinate d'ammoniaque* (Vieusseux), etc., etc.; mais quel avantage retirerait le praticien d'une plus longue énumération de ces remèdes toujours mal expérimentés, et dont les résultats réels nous sont nécessairement inconnus?

Je me borne à mentionner l'*opium*, employé par Vieusseux et Henderson, et qu'on peut mettre en usage comme adjuvant.

Je terminerai en agitant une question qui se représente toujours lorsqu'il s'agit de ces affections aiguës du larynx, qui, par leur violence, paraissent menacer incessamment les jours des malades. Doit-on employer la *trachéotomie* dans la laryngite striduleuse? Ici il est évident qu'on ne peut pas établir de règle fixe. On

(1) Millar n'ordonnait un lavement aussi peu copieux que pour qu'il pût être conservé.

a vu, ai-je dit, quelques cas se terminer par la mort. C'est au médecin à apprécier l'intensité des symptômes et l'imminence du danger. Si l'asphyxie était portée trop loin pour qu'on pût espérer une heureuse terminaison de l'accès, il faudrait appliquer la règle qui doit diriger la conduite du médecin dans ces affections du larynx : *pratiquer l'opération toutes les fois que la vie est évidemment en danger.*

Maintenant je n'ai plus qu'à indiquer les précautions générales à prendre dans tous les cas de pseudo-croup.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

1° Débarrasser le cou de l'enfant de tous les liens qui pourraient le gêner.

2° Entretenir une température de 14 à 15 degrés centigrades dans la chambre. En rendre l'air humide en faisant vaporiser de l'eau.

3° Éviter les courants d'air.

4° Faire boire l'enfant aussi souvent que possible, pour tenir la gorge humide.

5° Le recouvrir avec soin lorsque les mouvements brusques de l'accès auront dérangé les couvertures.

6° Quel que soit le degré de calme dans les intervalles des accès, ne pas permettre aux enfants de s'exposer au grand air.

Tel est le traitement d'une maladie qui n'est pas encore assez généralement connue. On a vu que les moyens qui avaient pour eux l'expérience la plus solide et la plus éclairée étaient les moyens les plus simples ; ce sont eux qui doivent donc être choisis d'abord par le praticien, à moins de circonstances exceptionnelles qu'il n'est pas permis de prévoir.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement simple fondé sur un diagnostic sûr et sur une observation exacte :* A. *Cas légers :* Adoucissants ; émollients ; laxatifs ; cataplasmes irritants aux extrémités. B. *Cas graves :* Aux moyens précédents ajoutez : Purgatifs plus actifs ; vomitifs ; sangsues, saignée ; vésicatoire.

2° *Traitement vanté sans preuves suffisantes :* Sulfate de cuivre ; sulfure de potassium ; assa fœtida ; camphre ; sels de fer, de zinc ; succinate d'ammoniaque, etc.

ARTICLE IV.

CROUP (*laryngite pseudo-membraneuse*) (1).

Depuis E. Home (2), on a publié sur cette terrible maladie un très grand nombre de travaux d'une importance majeure. Mais il ne faut pas croire qu'avant la description donnée par l'auteur anglais, la maladie fût inconnue. Double (3) et

(1) Dans la première édition, j'avais, pour plus d'uniformité, décrit sous le nom de *laryngite*, en indiquant par une épithète chaque espèce particulière, les inflammations diverses du larynx ; mais, après y avoir réfléchi, je crois qu'il convient mieux, pour le praticien, de conserver, quand il s'agit du *pseudo-croup*, du *croup* et de l'*œdème de la glotte*, les anciennes dénominations, plus distinctes et plus connues.

(2) *Recherches sur la nat., les causes et le trait. du croup*, trad. de F. Ruette ; Paris, 1809.

(3) *Traité du croup* ; Paris, 1811.

M. Bretonneau (1) ont montré qu'avant lui Baillou, Rosen, Carnevale, Ghisi surtout, etc., l'avaient indiquée de manière à ce qu'on ne pût la méconnaître. On peut même ajouter qu'à une époque reculée on avait déjà des notions sur cette affection laryngée, qui a fait périr un si grand nombre d'enfants; seulement, faute d'une observation complète, et surtout dans la privation où l'on était des lumières anatomico-pathologiques, on la confondait souvent avec la plupart des affections qui causent la mort par asphyxie. La description tracée par F. Home est infiniment supérieure à ce qui avait paru sur le même sujet; mais c'est à l'époque où s'ouvrit le grand concours institué par Napoléon, que l'histoire du croup prit un caractère éminemment scientifique. Les ouvrages de Swilgué, Jurine, Albers, Double, Valentin, Vieusseux, ayant pour base des observations nombreuses et plus complètes que celles de leurs prédécesseurs, vinrent éclairer bien des points obscurs. Néanmoins il restait encore beaucoup à faire, comme l'a prouvé M. Bretonneau dans son remarquable *Traité de la diphthérite*. Cet ouvrage est venu jeter la plus vive lumière sur l'anatomie pathologique du croup, dont il a montré, encore mieux que ne l'avaient fait les recherches de Ghisi, Carnevale, Jonhston et Double, la liaison intime avec l'angine couenneuse. C'est surtout aux travaux de ce médecin et à ceux de Guersant qui leur sont venus à l'appui, que nous devons le degré de précision auquel sont parvenues la pathologie et la thérapeutique de la laryngite pseudo-membraneuse.

Il serait contraire au plan de cet ouvage de m'étendre davantage sur l'historique de cette affection. Il en existe un fort étendu et fort bien présenté dans l'ouvrage de Double (2), que le lecteur consultera avec fruit, s'il désire avoir un aperçu critique des principaux travaux sur cet intéressant sujet. Valentin (3) et M. Bretonneau lui fourniront aussi des renseignements très précieux. Pour moi, je vais passer, sans autre préambule, à la description de la maladie.

§ I. — Définition; espèces; synonymie; fréquence.

La laryngite pseudo-membraneuse est, comme son nom l'indique, une inflammation aiguë du larynx, caractérisée par la production d'une fausse membrane. Cette *définition*, qui résulte des beaux travaux modernes, est adoptée par tous ceux qui ont cessé de confondre entre elles des maladies aussi différentes que la laryngite striduleuse et le croup.

Une multitude de noms ont été imposés à cette maladie. Je me bornerai à citer les principaux : *croup*, nom employé par E. Home, et conservé par la plupart des médecins français; *angina suffocatoria*, *membranacea*, *polyposa*, *cancrosa; cynanche trachealis*, *stridula; tracheitis infantum; angine laryngée membraneuse; pharyngo-laryngite couenneuse; diphthérite trachéale; angine trachéale diphthéritique.* Une remarque qui s'applique à toutes ces dénominations, excepté aux trois dernières, c'est que par elles on a désigné des maladies de plusieurs espèces, ainsi qu'on peut le voir dans les observations citées par les auteurs.

(1) *Des inflammat. spécial. du tissu muq. et en particul. de la diphthérite*; Paris, 1826.

(2) *Loc. cit.*, p. 151.

(3) *Recherches sur le croup*; Paris, 1812; in-8.

Il est impossible de dire d'une manière positive quelle est la *fréquence* du croup. Deux motifs s'y opposent : 1° bien que nous possédions plusieurs documents importants pour la solution de cette question, ils ne sont encore ni assez nombreux ni assez exacts ; et 2° le croup ayant été le plus souvent confondu avec le pseudo-croup, les éléments du problème se trouvent compliqués d'une manière inextricable. On peut néanmoins affirmer que cette maladie est assez fréquente dans presque tous les pays : c'est ainsi qu'à Londres, dans un intervalle de quatre ans, on a vu le croup emporter 64 sujets ; qu'à New-York, 46 en moururent en treize mois, et 165 dans les deux années suivantes (1) ; qu'à Genève, en Allemagne, en Angleterre, un grand nombre d'auteurs ont pu en recueillir des observations multipliées, et qu'en France il n'est guère de ville où quelques cas de cette maladie ne se présentent tous les ans. Ce ne sont là sans doute que des renseignements vagues ; mais on ne saurait, dans l'état présent de la science, s'en procurer de plus positifs.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tout le monde convient, comme le fait remarquer M. Double (2), que l'*âge* auquel les enfants sont le plus fréquemment atteints de la maladie commence à la cessation de l'allaitement, et continue jusqu'à la puberté. Néanmoins on a vu des enfants à la mamelle attaqués du croup. Les exemples cités par M. Bretonneau (3) sont incontestables ; Billard (4) admet plutôt la possibilité de cette maladie chez les enfants très jeunes qu'il n'en affirme l'existence. D'un autre côté, les exemples de croup chez l'adulte ne sont pas rares aujourd'hui. Plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai principalement MM. Louis, Horteloup (5) et Charcelay (6) en ont recueilli de fort intéressantes observations. J. Frank a rassemblé un certain nombre de cas de croup observés chez des vieillards, et M. Louis en rapporte un qui a été présenté par une femme âgée de soixante-douze ans (7). On peut donc dire, d'une manière générale, que le croup peut affecter tous les âges, mais que son maximum de fréquence a lieu entre deux et sept ans. De 8 sujets observés par M. Hache, dans l'année 1835, 6 avaient de deux à cinq ans, et les deux autres étaient âgés de huit et de douze ans.

Dans un mémoire intéressant publié par M. le docteur Vauthier (8), et pour lequel un nombre assez considérable d'observations a été rassemblé, on voit que le croup a sévi principalement vers l'âge de deux ans (20 cas sur 33), et qu'il a été fréquent ensuite de deux à cinq ans, puis de un à deux ans.

Dans 7 cas observés par M. Rufz (9), l'âge a varié de deux à sept ans.

(1) J. FRANK, *Prax. med.*
(2) *Loc. cit.*, p. 275.
(3) *Loc. cit.*, p. 36.
(4) *Traité des malad. des enf.*, 2e édit., p. 504.
(5) *Observ. de croup chez l'adulte*, Thèse; Paris, 1822.
(6) *Gaz. méd.*, t. VII, 1839.
(7) *Du croup chez l'adulte* (*Mémoires et rech. anat.-path.*; Paris, 1826).
(8) *Essai sur le croup chez les enfants.* — *Hist. de deux épid. obs. à l'hôp. des Enfants en 1846 et 1847*; *Arch. gén. de médecine*, IVe série, 1848, t. XVII, p. 5, 184; t. XIX, p. 5, 156).
(9) *Gaz. méd. de Paris*, 1843.

Les recherches de MM. Rilliet et Barthez (1) viennent confirmer ces résultats, en sorte qu'on peut dire d'une manière générale que le croup est surtout à craindre de deux à cinq ou six ans.

On se rappelle ce que j'ai dit, relativement à l'influence du *sexe*, à l'article *pseudo-croup;* je ne le répéterai pas ici. Je me bornerai à faire remarquer que les individus du sexe masculin ont été plus souvent affectés que ceux du sexe féminin; mais à ce sujet l'observation a beaucoup à faire, aujourd'hui que le diagnostic est bien établi. Il ne faut pas surtout conclure avec un trop petit nombre de faits, car les proportions peuvent varier beaucoup d'une année à l'autre: c'est ainsi que M. Vauthier (2) a vu, en 1846, le nombre des garçons double de celui des filles, tandis que, dans l'année 1847, le nombre des filles a été triple de celui des garçons!

Quelques auteurs ont établi que le croup était *héréditaire;* mais sur quels faits est fondée cette assertion?

Une *constitution faible*, altérée par des maladies antérieures ou par de nombreuses privations, le tempérament lymphatique, ont été regardés comme prédisposant au croup. Ce qui donne quelque vraisemblance à cette proposition, c'est que: 1° ainsi que le font remarquer Guersant (3) et M. Blache (4), les enfants pauvres et mal soignés y sont plus sujets que les enfants placés dans de meilleures conditions; et 2° que cette maladie n'attaque guère que les adultes débilités par une autre affection. Toutefois il faut se garder de croire que les enfants d'une constitution robuste en soient exempts; sur 8 enfants observés par M. Hache, 7 étaient d'une forte constitution et d'un embonpoint notable. C'est aussi ce qu'a observé M. Vauthier (*loc. cit.*), qui a trouvé les enfants généralement forts.

On a dit que le croup se développait dans toutes les *saisons*, ce qui est vrai; mais toutes les saisons ne paraissent pas également favorables à son développement. Les principales épidémies ont apparu en automne et au printemps; et si nous examinons 49 observations prises indifféremment dans les auteurs, nous trouvons les cas ainsi répartis suivant les saisons: au printemps, 19; en été, 8; en automne, 13; en hiver, 9. Je ne donne, au reste, ces chiffres, fort insuffisants, que comme une indication qui demande à être confirmée. Les épidémies observées par M. Vauthier se sont montrées au printemps et au commencement de l'été.

Nous ne savons rien de bien positif sur l'influence des *climats;* on a vu plus haut ce que j'en ai dit: c'est à peu près tout ce qu'on en peut dire. Il faudrait, pour déterminer cette influence, des études qui n'ont pas été faites. On admet généralement que le croup sévit principalement dans les climats froids et humides.

Dans le temps où l'on croyait que le siége du croup était borné au larynx, on pouvait se demander si l'*étroitesse* de la glotte était une cause prédisposante de cette affection; mais aujourd'hui qu'il est démontré que la production de la fausse membrane caractéristique a souvent lieu primitivement dans le pharynx, il est inutile d'agiter une semblable question.

(1) *Traité clinique et prat. des malad. des enfants;* Paris, 1843, art. *Laryngite pseudo-membraneuse.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Dict. de méd.*, t. IX, art. CROUP.

(4) *Du croup et du pseudo-croup* (*Arch. gén. de méd.*, t. XVII).

On voit quelquefois le croup se développer dans le cours d'une autre maladie, et surtout de la rougeole et de la scarlatine. L'épidémie de croup observée à l'hôpital des Enfants par M. E. Boudet, qui nous en a donné une fort bonne description (1), a été surtout remarquable par cette apparition de la laryngite pseudo-membraneuse dans le cours d'un exanthème, et lorsque les fièvres exanthémateuses existaient en grand nombre. On l'a vue aussi succéder à des épidémies de ces exanthèmes; et s'il est vrai de dire que quelques auteurs ont donné, comme des exemples de croup, des angines morbilleuses et scarlatineuses qui n'en avaient pas le caractère, il n'en faut pas conclure qu'il en a toujours été ainsi, car l'existence de la fausse membrane caractéristique est venue souvent lever tous les doutes.

Avant les dernières recherches sur cette maladie, on a dû, avec M. Double (*loc. cit.*, pag. 284), mettre en doute l'existence de véritables épidémies de croup. Cet auteur, qui néanmoins est loin de nier la possibilité de ces épidémies, prouve en effet que de toutes celles qu'on avait citées avant lui, il n'en est aucune qui soit incontestable. Mais aujourd'hui que nous connaissons les épidémies observées par M. Bretonneau à Tours, par M. Ferrand à la Chapelle-Véronge, par M. Hastron (2) dans la petite ville de Couhé (Vienne), par MM. Boudet et Vauthier (*loc. cit.*) à l'hôpital des Enfants, etc., nous ne pouvons plus conserver de doutes. M. Ferrand (3) a vu, dans une localité très peu étendue, et dans le cours d'environ six mois, *soixante* cas d'angine croupale qui furent *tous funestes*. Cette épidémie succéda, dit l'auteur, à une épidémie de scarlatine, pendant laquelle les enfants furent mal soignés.

Parlerai-je maintenant des autres causes prédisposantes qu'on a assignées au croup, du *vice scrofuleux*, de la tendance qu'ont les enfants à contracter des *affections catarrhales des voies respiratoires*, etc., etc.? Mais si j'ai eu tant de peine à trouver quelque chose de positif dans les observations, qu'obtiendrai-je de l'examen de quelques assertions sans preuves? Ce serait répéter sans profit ce qui a été dit partout sans nécessité. Cependant je dois dire que dans les cas recueillis par M. Vauthier, il y en a un bon nombre qui ont été remarquables par les *rhumes antérieurs*.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont bien plus obscures encore que les causes prédisposantes; aussi les auteurs en ont-ils à peine fait mention. Celle que l'on admet le plus généralement est l'impression *du froid*, et surtout du froid humide; mais nous sommes encore bien loin d'avoir des preuves suffisantes du fait. Voici à ce sujet ce que nous apprennent les observations : sur 26 cas pris au hasard, six fois seulement les sujets s'étaient exposés soit à la pluie, soit à un courant d'air, ou bien ils avaient passé la nuit la fenêtre ouverte; les autres n'avaient été nullement exposés au froid.

Ceux qui regardent le croup comme une simple laryngite acquérant une intensité insolite ont nécessairement attribué à la maladie *toutes les causes occasion-*

(1) *Hist. de l'épid. de croup qui a régné*, etc. (*Archiv. de méd.*; 3e série, 1842, t. XIII, p. 133, 418).
(2) *Dissert. sur le croup*, Thèse; Paris, 1828.
(3) *De l'angine membr.*, Thèse; Paris, 1827.

nelles de la laryngite simple. Mais peut-on admettre cette théorie? Non évidemment, comme je le ferai voir à l'occasion du *diagnostic.* Il est donc inutile de mentionner les causes de la laryngite simple.

A ce propos, je dois dire qu'on a fait des expériences sur les animaux, pour chercher à découvrir le mode de production de la fausse membrane croupale. A l'aide de substances irritantes : chlore gazeux, acides, huile cantharidée (Bretonneau), etc., on a produit, comme on peut le voir dans les ouvrages de MM. Double, Bretonneau, Blaud, etc., tantôt une inflammation très grande du larynx, de la trachée et des bronches, sans fausse membrane, tantôt une véritable pellicule recouvrant la cavité laryngienne, mais rarement une inflammation aussi vive et des symptômes généraux aussi intenses que ceux qu'on observe dans le croup. On a vu quelquefois chez les animaux une maladie analogue à celle que je décris (1).

La *contagion* du croup a beaucoup occupé les auteurs ; mais nous ne possédons pas une série de faits suffisante pour que la question puisse être décidée définitivement. Les cas cités par plusieurs observateurs, et notamment par MM. Bretonneau et Guersant, sont de nature à inspirer des craintes sérieuses, mais ils peuvent, à la rigueur, être mis sur le compte d'une influence épidémique. En un mot, les auteurs en ont dit assez pour que le praticien doive agir comme si la contagion existait, mais pas assez pour qu'il ne reste pas de doutes dans l'esprit du pathologiste. D'après quelques faits cités par M. Boudet, ce serait l'angine pseudo-membraneuse, et non la laryngite, qui serait contagieuse, en sorte que dans le croup qui n'occuperait que le larynx, la contagion serait moins à craindre. De nouveaux faits sont nécessaires pour qu'on puisse se prononcer.

Je passe sous silence les autres causes attribuées au croup, attendu qu'elles n'ont pas pour elles même un commencement de preuve.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont un peu différents, suivant qu'on étudie la laryngite pseudo-membraneuse chez l'enfant ou chez l'adulte. Il faut donc, de toute nécessité, avoir égard aux modifications que l'âge des sujets apporte dans les phénomènes morbides ; d'où il suit qu'on ne peut pas faire une description générale applicable à tous les cas. Pour obvier à cet inconvénient, je me bornerai à étudier d'abord le croup chez les enfants, et quand j'aurai tracé le tableau de la maladie à cet âge où l'on peut dire qu'on trouve le type de la laryngite pseudo-membraneuse, je ferai connaître quelques particularités que présentent les adultes, ce qui m'épargnera de nombreuses répétitions, et jettera plus de clarté sur cet article.

Croup chez l'enfant. On peut dire que les symptômes de cette maladie ont attiré l'attention d'une manière toute spéciale ; aussi en avons-nous un grand nombre de descriptions très soignées et très complètes. Toutefois on ne peut pas se servir indifféremment de toutes ces descriptions, et la raison en est encore dans la confusion qui s'est inévitablement glissée dans le diagnostic, avant que l'on ait été bien convaincu que le nom de *croup* devait être donné uniquement à une laryngite caractérisée par la production d'une fausse membrane. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on ne puisse se servir des travaux publiés avant ces

(1) Ghisi, *Lettere mediche*, et Double, *loc. cit.*

dernières années ; mais on ne doit le faire que pour les points où il ne peut pas y avoir eu confusion de deux maladies distinctes.

Début. Un grand nombre d'auteurs ont attribué à la maladie des *prodromes* très variés. Quand on examine les observations, on voit que ces prétendus prodromes ne sont autre chose que les symptômes de diverses maladies préexistantes, telles que la rougeole, la scarlatine, le catarrhe pulmonaire. Aussi Jurine (1) admet-il un croup annoncé par des symptômes équivoques, et qui, selon lui, commence par la trachée. Tout porte à croire que ces symptômes équivoques sont ceux des maladies que je viens d'indiquer. Aujourd'hui on admet avec raison que ces maladies n'ont d'autre rapport avec la laryngite pseudo-membraneuse que de favoriser son développement par l'état particulier dans lequel elles mettent le sujet, et qu'on ne peut pas les regarder comme prodromes, puisqu'elles ne précèdent l'invasion de la maladie nouvelle que dans quelques cas particuliers.

Plusieurs auteurs, avec Borsieri et M. Double (*loc. cit.*), ont placé l'*épistaxis* au nombre des symptômes précurseurs du croup. Dans les observations de croup simple que j'ai sous les yeux, il n'y a point eu d'épistaxis. Cette hémorrhagie, au contraire, a eu lieu dans les cas où un exanthème existait concurremment, en sorte que tout porte à croire qu'elle appartient à l'affection préexistante ou concomitante, et non à la laryngite pseudo-membraneuse elle-même.

Quant au *coryza* et au *mal de gorge*, qu'on a maintes fois observés, et que plusieurs ont également regardés comme des prodromes, il y a une objection tout opposée à faire. Les observateurs qui ont, dans ces derniers temps, pu suivre la marche de la laryngite pseudo-membraneuse sans être distraits par des cas plus ou moins nombreux de laryngite striduleuse, ont vu que le plus souvent il y avait, au début, des signes d'inflammation dans le pharynx et les fosses nasales; mais ce ne sont pas là de simples prodromes, ce sont de véritables symptômes du *début* qui persistent ensuite, et même prennent de l'accroissement dans le cours de la maladie.

D'après tous les auteurs, le *début* diffère suivant que la laryngite pseudo-membraneuse commence par une inflammation spécifique du pharynx ou de la trachée, ou qu'elle envahit d'emblée le larynx.

Dans le *premier cas*, qui est le plus fréquent, on voit survenir les symptômes suivants : des *frissons* légers se renouvellent à plusieurs reprises, ainsi que l'a constaté M. Guersant; puis se déclarent une fièvre plus ou moins intense et une *céphalalgie* notée dans plus de la moitié des observations que j'ai sous les yeux.

Bientôt survient le *mal de gorge*, qui, dans la majorité des cas, est supportable, mais qui, chez deux sujets dont je lis l'histoire, fut très violent dès le début.

Cette douleur de gorge, qui gêne souvent la déglutition, s'accompagne, lorsqu'elle a un peu d'intensité, d'un phénomène qu'il est très important de constater : c'est *un gonflement notable et ordinairement douloureux des ganglions sous-maxillaires.* Ce symptôme, qui n'appartient pas en propre à la maladie, a cependant une grande valeur, parce qu'il fait connaître le degré d'intensité de l'inflammation du pharynx.

Si l'enfant est assez âgé, il *expectore* une assez grande quantité de mucus qu'il

(1) *Rapport* de Royer-Collard, dans le *Précis analytique du croup* de M. Bricheteau, p. 18 et 208.

détache fréquemment de l'arrière-gorge, dans ses efforts pour se débarrasser de la sensation pénible qu'il éprouve.

Si l'on *explore* l'arrière-gorge, on voit une rougeur vive et un gonflement notable des amygdales, et souvent de petites plaques blanches, irrégulières, sans saillie bien marquée, sur le voile du palais, la luette et surtout les tonsilles. Ce sont là des altérations sur lesquelles les auteurs avaient légèrement glissé avant M. Bretonneau, et qui par leur importance, ainsi que l'a démontré ce savant praticien, doivent au contraire attirer l'attention de l'observateur d'une manière toute spéciale. Van Bergen (1) est peut-être, de tous les auteurs anciens, celui qui a noté avec le plus de soin le coryza et le gonflement de la gorge, précurseurs du croup; mais il n'y a pas suffisamment insisté.

Dans un nombre moins considérable de cas, des symptômes analogues se manifestent dans les fosses nasales. On observe les signes d'un coryza ordinairement peu intense, mais qui se fait distinguer par un léger suintement séreux, jaunâtre et fétide, observé par MM. Bretonneau et Guersant. Très souvent ces symptômes sont dus à la production d'une fausse membrane semblable à celle du pharynx.

En même temps que l'on constate ces phénomènes, on observe de l'abattement, de la lassitude, une agitation marquée la nuit, et ordinairement de l'insomnie; l'appétit est perdu, la soif est vive; il y a parfois des vomissements; le pouls est élevé et fréquent, la peau chaude. Dans quelques cas aussi, une petite toux sèche, l'accélération de la respiration, l'enrouement, viennent prouver que si le larynx n'est pas encore envahi par la fausse membrane, il participe déjà au gonflement inflammatoire des parties voisines.

Dans le *deuxième cas*, c'est-à-dire lorsque la maladie envahit la trachée avant le larynx, que se passe-t-il? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, attendu que les observations sont insuffisantes sur ce point. Voici les caractères assignés par Jurine (2) au croup qui débute de cette manière :

« 1° Invasion annoncée par des symptômes équivoques qu'on pourrait rapporter à d'autres maladies, surtout aux affections catarrhales. 2° Les symptômes ont une marche moins rapide que dans le croup du larynx. 3° Les accidents spasmodiques sont moins prononcés dans le début de la maladie. 4° Les rémittences des accès sont plus longues et quelquefois se changent en intermittences. 5° La sensation douloureuse de la trachée et du larynx se fait rarement percevoir par la pression. 6° Si la terminaison est fatale, la mort arrive moins promptement. »

Ces signes sont fort vagues, car ils ne sont fondés que sur des différences de durée et d'intensité qui se remarquent dans les cas les plus divers. D'après quelques faits observés par M. Boudet (*loc. cit.*), l'intégrité de la voie conservée pendant plusieurs jours, les autres symptômes du croup existant à un degré plus ou moins élevé, serait le seul signe du début par la trachée.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse *envahit d'emblée le larynx*, les symptômes sont promptement effrayants; en peu de temps on voit survenir la suffocation, l'anxiété, les signes d'asphyxie dont il va être bientôt parlé.

Quelquefois la maladie attaque en même temps le pharynx, le larynx et même

(1) *Nova acta phys. med. Acad. Cæsar*, t. II; Norimb., 1761.
(2) *Précis analytique* de M. Bricheteau, notes, p. 208.

la trachée ; alors tous les symptômes qui viennent d'être indiqués se développent presque simultanément, et la maladie fait en peu d'instants des progrès très alarmants.

Symptômes du croup confirmé. Que l'affection ait débuté par le pharynx ou par la trachée, ou bien que le larynx ait été primitivement envahi, dès que ce dernier organe devient le siége de l'inflammation spéciale, les symptômes suivants se déclarent :

La *douleur* éprouvée dans le larynx n'est jamais très considérable, du moins les enfants ne s'en plaignent que faiblement ; ils se plaignent bien plutôt d'une grande gêne vers la région de cet organe, où parfois ils portent les mains comme pour en arracher un corps étranger. M. Couch (1) a vu même un enfant se déchirer avec les ongles la peau de la partie antérieure du cou.

La *voix* s'altère profondément : elle n'était que sourde et enrouée avant que le larynx fût entrepris ; maintenant elle est basse, étouffée, pénible, et finit bientôt par se perdre complétement. Ce n'est pas là la description de la voix croupale telle qu'on la trouve dans beaucoup d'histoires générales du croup. On ne doit pas en être surpris, si l'on se rappelle qu'avant ces derniers temps on n'établissait pas de différence marquée entre la laryngite pseudo-membraneuse et la laryngite striduleuse, et que, sous le nom de *voix croupale*, *chant de coq*, etc., on désignait principalement le timbre de la voix observé dans la dernière de ces deux affections. On en est convaincu quand on parcourt les travaux de MM. Bretonneau, Guersant, Gendron (2). C'est là un point que le médecin ne doit pas perdre de vue, car il est important pour le diagnostic. MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 326) font remarquer que parfois l'expulsion des fausses membranes restitue momentanément à la voix son timbre normal.

La *toux* devient fréquente, déchirée, douloureuse. Son timbre a quelque chose de particulier à la maladie, mais toutefois dans des limites assez variables, en sorte qu'on a cherché en vain à lui trouver un terme de comparaison unique. Les bons auteurs ont blâmé avec raison toutes les comparaisons de ce genre. La *toux croupale* est rauque, sourde, creuse, suivant l'expression de M. Bricheteau (*loc. cit.*, p. 315), comme rentrant dans le larynx, ainsi que l'a noté Guersant. Ce qu'il y a de remarquable dans cette toux, c'est le sifflement quelquefois très fort qui suit chaque secousse. J'y reviendrai à propos de la respiration. Dans un cas cité par M. Hache (*loc. cit.*), la toux a complétement manqué ; on peut regarder ce cas comme tout à fait exceptionnel. Il résulte des observations de M. Vauthier, et contrairement à l'opinion générale, que lorsque la maladie a atteint son summum, la voix rauque, caverneuse, ne persiste pas, mais est remplacée par une *toux éteinte* comme la voix.

La *gêne* de la respiration est des plus notables. Les malades soulèvent fortement les parois thoraciques pour faire pénétrer l'air dans les poumons ; les narines se dilatent, et ces efforts parvenant à surmonter l'obstacle que présente l'obstruction de la glotte, l'air se précipite dans le larynx, en donnant lieu à un *sifflement* marqué, plus intense après chaque secousse de toux, et surtout après les quintes.

(1) *Obs. on croup* (*Annals of med.*, vol. I, 1817).
(2) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, n° 5, novembre 1835.

L'expiration, au contraire, est assez libre, et a lieu sans bruit, ou est simplement ronflante lorsque l'enfant ne tousse pas. On a attribué cette différence entre l'inspiration et l'expiration à ce que, dans la première, les bords de la glotte ont de la tendance à se porter l'un vers l'autre, et qu'ils s'éloignent au contraire dans la seconde. La lenteur de l'expiration n'y serait-elle pas aussi pour quelque chose? Cela est d'autant plus probable, que ce temps de la respiration est, comme on va le voir, *prolongé* dans la laryngite pseudo-membraneuse. M. Hache ayant compté le nombre des inspirations chez ses malades, a trouvé qu'il variait de 16 à 48; généralement, suivant cet auteur, la respiration est moins accélérée que dans la pneumonie; néanmoins elle est courte, brusque et souvent pleine d'anxiété.

A l'*auscultation*, on a de la peine à distinguer le bruit vésiculaire, qui très souvent est entièrement masqué par le sifflement inspiratoire. Quand on l'entend, on le trouve faible dans toute la poitrine. M. Vauthier a entendu un *bruit de scie* pendant l'inspiration. MM. Gendron et Hache ont noté un *prolongement* de l'expiration. Ce second temps de la respiration était égal au premier. M. Gendron insiste avec raison sur ce signe, qui annonce que la pseudo-membrane envahit le larynx, et qui n'avait pas jusqu'à lui fixé suffisamment l'attention. M. Vauthier a trouvé l'inspiration longue et l'expiration soufflante. Ce médecin a constaté que, lorsque l'affection a atteint son plus grand développement, l'auscultation peut, à certains moments, compromettre l'existence, ce qui doit rendre le médecin très réservé. Quant à l'extension de la fausse membrane aux bronches, cet auteur dit formellement que jamais ni MM. Blache, Vigla et Roger, ni lui, n'ont pu la reconnaître à l'aide de l'auscultation. MM. Rilliet et Barthez n'ont pas été plus heureux.

L'*expectoration*, au commencement de la maladie, est nulle ou composée de crachats blancs largement aérés, évidemment muqueux; plus tard, dans un certain nombre de cas, il y a rejet de mucosités filantes, visqueuses, abondantes; rarement la matière de l'expectoration a un aspect puriforme; mais c'est la présence ou l'absence de *fausses membranes* au milieu des matières rendues qui est le signe le plus important pour le diagnostic, puisqu'il est positif. Néanmoins sa non-existence ne prouve nullement que le vrai croup n'existe point; car, sur 51 cas dans lesquels les symptômes furent observés très attentivement, 26 fois l'autopsie démontra la présence de la fausse membrane, sans qu'on eût pu en découvrir des traces dans les produits de l'expectoration et du vomissement. Je pense que chez un certain nombre de ces sujets le rejet de quelques lambeaux pseudo-membraneux a eu lieu sans être constaté; mais il doit en rester toujours un assez bon nombre où les choses se sont différemment passées.

Tantôt les fausses membranes rendues sont *tubulées*, et offrent plus ou moins la conformation de la partie supérieure des voies aériennes; tantôt elles consistent en lambeaux assez volumineux, épais, blancs ou légèrement striés de sang, qui ont de la tendance à s'enrouler; tantôt enfin ce sont des fragments irréguliers peu considérables, que leur ténacité fait surtout distinguer. Chez les enfants les plus âgés, c'est quelquefois par les seuls efforts de la toux que la pseudo-membrane est détachée et rejetée; mais le plus souvent il s'y joint des vomissements provoqués soit par les efforts de la toux elle-même, soit par la sensation déterminée sur le pharynx par la production morbide, soit enfin par les vomitifs administrés dans un but curatif.

Je dois rapprocher de tous ces symptômes locaux le *gonflement des ganglions lymphatiques du cou*, sur lequel M. Bretonneau a insisté avec tant de raison. On voit apparaître sous la mâchoire inférieure, et surtout au-dessous de son angle, soit dès le début, soit lorsque les autres symptômes ont déjà acquis une certaine intensité, une tumeur plus ou moins étendue, résistante, sensible à la pression, et dans laquelle on reconnaît facilement l'engorgement des ganglions. Mais ce gonflement appartient-il en propre à la laryngite pseudo-membraneuse? Non, sans doute, car il se montre principalement lorsque le pharynx est envahi par la concrétion morbide. On peut même supposer que les cas où il n'a pas été observé étaient des cas de croup survenu d'emblée, c'est-à-dire de laryngite pseudo-membraneuse ayant débuté par le larynx. Mais l'observation n'a pas encore mis le fait hors de doute. Quoi qu'il en soit, comme dans la majorité des cas l'inflammation diphthéritique envahit d'abord le pharynx, on peut placer le gonflement douloureux des ganglions du cou parmi les symptômes du début du croup. Cependant il est certain que dans quelques épidémies ce gonflement des ganglions ne se montre que rarement, car M. Vauthier (*loc. cit.*) ne l'a observé qu'une seule fois sur 37 cas. M. Rufz, au contraire, l'a observé constamment.

Accès du croup. Jusqu'à présent j'ai parlé de tous ces symptômes sans avoir égard aux diverses modifications de forme et d'intensité qu'ils peuvent avoir dans le cours de la maladie; il s'agissait d'abord de les bien connaître. Voyons maintenant ce qui se passe dans ces *exacerbations* violentes qui se manifestent, dans presque tous les cas, à des intervalles variables, et qui constituent les *accès du croup.* Tout à coup, et le plus souvent sans cause connue, la gêne de la respiration et l'oppression augmentent considérablement; la voix et la toux prennent au plus haut degré les caractères déjà indiqués; le sifflement inspiratoire est entendu au loin; une vive anxiété se manifeste. C'est alors que l'enfant porte la main à son cou, comme pour en arracher le corps étranger qui le suffoque, qu'il se met brusquement sur son séant, qu'il porte sa tête en arrière pour faciliter les mouvements inspiratoires, et qu'il présente les symptômes effrayants d'une asphyxie imminente. Il n'est pas rare de voir l'accès, qui quelquefois a duré d'une demi-heure à plusieurs heures, se terminer par l'expectoration d'un tube pseudo-membraneux, de quelques débris couenneux, ou simplement de mucosités visqueuses, épaisses et filantes. Après l'accès, l'enfant épuisé reste plongé dans l'abattement ou la somnolence, et tous les symptômes décrits plus haut persistent, quoique avec moins d'intensité.

On admet généralement que la *face*, bouffie et violacée pendant les accès, est pâle dans les temps de calme; c'est en effet ce qui a lieu dans la grande majorité des cas. Cependant je trouve, dans deux observations, la face d'une pâleur remarquable pendant toute la durée de la maladie; ce sont là des cas exceptionnels. Pendant l'accès, les lèvres deviennent livides; les yeux, brillants et hagards, expriment une frayeur profonde, tandis que, pendant le calme, les lèvres sont pâles et les yeux abattus.

C'est aussi pendant la plus grande violence des accès qu'on observe l'*agitation convulsive* de quelques enfants. Les membres se roidissent; quelquefois le malade s'élance de son lit, croyant trouver l'air qui lui manque, ou bien il saisit un corps solide, pour favoriser ses grands efforts inspiratoires.

La *fièvre*, si importante à étudier dans cette affection, accompagne tous ces

symptômes dès leur apparition, et fait ensuite des progrès rapides. La peau, chaude, sèche hors le temps des accès, se couvre très souvent, pendant leur durée, d'une sueur plus ou moins abondante. Le pouls est accéléré, dur, résistant. MM. Hache et Vauthier l'ont vu s'élever à 160 pulsations, et Caillau (1) à 180. Pendant les accès, il peut être plus accéléré encore; mais souvent alors il devient petit, serré, difficile à saisir. Quelques auteurs, et en particulier Desessartz (2), ont dit que dans certains cas le pouls revenait à l'état normal entre les accès. Mais en lisant avec attention leurs écrits, on ne tarde pas à être convaincu que les cas dont ils parlent appartenaient à la laryngite striduleuse.

Le mouvement fébrilè a, dans la laryngite pseudo-membraneuse, des exacerbations plus ou moins marquées, mais il se manifeste par des symptômes évidents dans tout le cours de la maladie.

L'*état des fonctions digestives* a été assez peu étudié, l'attention des observateurs étant absorbée par les symptômes principaux. Caillau (*loc. cit.*, p. 25) dit que la langue est rouge sur les bords, la soif modérée chez quelques sujets et grande chez les autres; que la déglutition, facile au début, devient difficile plus tard, surtout lorsque la maladie est mortelle; qu'il y a presque toujours des vomiturition et des vomissements, et que chez un enfant on constata un écoulement, par l'anus, d'une matière âcre et ténue qui l'excoriait. Sans doute, dans ce dernier cas, il y avait une de ces *diphthérites générales* si bien étudiées par M. Bretonneau, et des fausses membranes occupaient l'anus. Les symptômes signalés par Caillau ont lieu dans un bon nombre de cas, mais ils ne sont pas constants. Ainsi M. Hache n'a point vu la langue rouge; il n'a noté une soif vive que dans un cas, et il n'a point constaté de symptômes abdominaux. « On a remarqué, dit M. Bricheteau dans son intéressant travail sur le croup (p. 317), comme un phénomène singulier, qu'au milieu de ces accès orageux la déglutition était libre et facile. » Le fait est vrai, mais seulement pour quelques cas particuliers, et non pour la généralité, car la gêne de la déglutition est formellement constatée dans la majorité des observations. Cette absence de gêne de la déglutition ne se trouve-t-elle que dans le croup borné au larynx, ou dans la laryngite striduleuse? C'est ce que les observations de M. Hache (*loc. cit.*, p. 12) auraient pu nous apprendre, car parmi les cas qu'il a observés, il en est plusieurs où le pharynx fut toujours exempt d'altération. Mais malheureusement cet auteur a négligé d'examiner les faits sous ce point de vue. Je me bornerai donc à dire que, dans les cas où les parties constituantes du pharynx sont atteintes, la difficulté de la déglutition est remarquable. On n'a rien trouvé dans les *urines* qui ait une valeur pratique réelle.

Il est remarquable qu'au milieu de ces accidents si terribles, l'*intelligence* reste intacte; c'est cependant ce que tous les observateurs ont noté.

Tels sont les symptômes du croup chez les enfants; je reviendrai sur leur succession et sur leur intensité, lorsque j'exposerai la *marche* et la *terminaison* de la maladie. Voyons maintenant les modifications que l'influence de l'âge apporte dans la même affection observée chez l'adulte.

Croup chez l'adulte. Chez les adultes, la maladie débute, plus constamment que

(1) *Mémoire sur le croup*, p. 22; Bordeaux, 1812.
(2) *Mémoire sur le croup*, p. 26; Paris, 1808.

chez l'enfant, par le mal de gorge et la gêne de la déglutition, dus à l'inflammation couenneuse du pharynx. Lorsque la fausse membrane a envahi le larynx, il survient de la douleur, de la dyspnée, de l'anxiété, une altération notable de la voix ; mais, ainsi que l'a constaté M. Louis (1), il y a rarement des accès de suffocation, même dans les dernières heures de l'existence. Cette remarque est confirmée par les observations de croup chez des adultes, recueillies par MM. Horteloup (2), Filleau et Engaz (3), Charcelay (4), H. Lynch, W. Dawson, Lewis (5), Renard (6), Gandy (7). Il faut en dire autant de l'absence fréquente de la respiration sibilante chez les adultes, notée avec soin par M. Louis. On voit en effet que sur 9 observations empruntées aux auteurs que je viens de citer, trois fois seulement la respiration a été sifflante, ce qui n'a eu lieu qu'assez tard, et une fois même la veille de la mort. Telles sont les différences qui méritent d'être mentionnées. J'ajouterai que M. Louis pense, et cette opinion est très admissible, que l'intensité moindre de quelques symptômes doit être attribuée à l'état de maladie dans lequel se trouvent les adultes attaqués du croup.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Le croup est une maladie essentiellement aiguë, et dont la marche est toujours plus ou moins rapide. On a vu qu'il présentait des exacerbations violentes auxquelles on a donné le nom d'*accès*. Ces *accès* ont vivement fixé l'attention des auteurs, qui s'accordent à les regarder comme plus fréquents le soir et la nuit que dans la journée. Dans 11 cas où leur apparition a été remarquée, dix fois en effet il est dit que les accès revenaient principalement la nuit. C'est souvent au milieu du sommeil qu'a lieu l'invasion de l'accès; alors le réveil est effrayant : l'enfant, saisi par une oppression imprévue, exprime sa terreur par ses regards et la contraction de la face ; puis tous les symptômes de l'accès se manifestent avec une *intensité* variable. Ordinairement le premier est moins violent que le second, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à son dernier terme ; car alors la suffocation, l'anxiété, tous les signes de l'asphyxie deviennent presque continus, et non seulement on a de la peine à distinguer une différence dans les accès, mais encore on constate difficilement de véritables accès. Chez les adultes, ces accès de suffocation sont beaucoup plus rares et beaucoup moins marqués que chez les enfants.

On a divisé la marche de la maladie en deux, trois et même cinq périodes. Guersant, qui en admet trois, fait une première période du *début* lui-même, puis divise en deux le reste du cours de l'affection. Il y a sans doute quelques modifications dans la physionomie de cette maladie, suivant qu'on la considère à une époque plus ou moins avancée de son cours, mais ces modifications ne m'ont pas paru assez tranchées pour motiver une division systématique.

(1) *Parallèle du croup chez l'enfant et chez l'adulte* (*Mémoires*, etc., p. 242).
(2) *Obs. de croup chez l'adulte*, Thèse ; Paris, 1828.
(3) *Croup chez l'adulte* (*Journ. de méd.*, t. XIV, p. 139).
(4) *Rec. des trav. de la Soc. d'Indre-et-Loire*.
(5) *The Lancet*, vol. I, p. 70 et 409.
(6) *Bibl. méd.*, t. XLVII, p. 75.
(7) *Bibl. méd.*, t. XXVI.

Suivant les auteurs, la laryngite pseudo-membraneuse a une *durée* de trois à douze jours. Chez les adultes observés par M. Louis, la mort survint du sixième au huitième jour, et du troisième au neuvième chez ceux dont MM. Horteloup, Filleau et Lynch ont recueilli l'histoire. Les cas qui se trouvent hors de cette limite doivent être considérés comme exceptionnels.

Quelques auteurs ont cité des exemples de *croup chronique*. Ainsi F. Home (*loc. cit.*) rapporte qu'un enfant de cinq ans eut, pendant un an, une toux avec expectoration sanguinolente, qui amena, à trois reprises différentes, l'expulsion de lambeaux pseudo-membraneux. J. Frank dit avoir vu un homme de trente ans qui, après avoir eu la syphilis, éprouva pendant trois mois des douleurs continuelles au larynx, avec toux, enrouement, fièvre, etc. Cet état dura jusqu'à ce que le malade rendît, après un violent accès de toux, une fausse membrane longue de 8 centimètres et large de 3 centimètres. Je pourrais citer quelques autres exemples semblables, mais ils ne sont pas plus concluants que ceux-ci, contre lesquels s'élèvent de fortes objections. Dans le cas cité par F. Home, le lambeau rendu n'était-il pas un caillot décoloré, polypiforme? Dans celui de J. Frank, la fausse membrane rendue par le malade ne s'était-elle pas formée dans les derniers temps d'une laryngite chronique? Ces objections ont porté la plupart des médecins à rejeter le croup chronique. Disons que des doutes nombreux s'élèvent sur son existence, et que si une observation plus complète vient la démontrer, les cas de ce genre devront être regardés comme tout à fait exceptionnels (1).

La *terminaison* de la maladie est bien souvent funeste. Lorsqu'il en doit être ainsi, l'enfant tombe dans un assoupissement dont il est fréquemment tiré par la suffocation qui le tourmente; il devient presque insensible à tout ce qui se passe autour de lui; le pouls, et c'est là un signe d'une grande valeur, ne diminue pas, ou même augmente notablement de fréquence, tandis qu'il devient petit, serré, filiforme, et enfin le malade s'éteint après une agonie plus ou moins longue, ou bien il expire au milieu d'un accès violent de suffocation.

Si la terminaison est heureuse, en l'absence de toute opération, la toux perd son âpreté; l'inspiration est moins sifflante; les efforts du malade détachent plus facilement la fausse membrane; le râle muqueux, qui n'est plus masqué par le sifflement laryngien, se manifeste à l'auscultation; les accès de suffocation deviennent moins intenses, plus rares, et finissent par disparaître; le pouls ne s'accélère pas, garde sa force ou la reprend s'il l'avait perdue, et en peu de jours toutes les fonctions se rétablissent.

La laryngite pseudo-membraneuse peut compliquer plusieurs maladies, et M. Guersant (*loc. cit.*) a consacré un long passage à ces *complications*. Quant à moi, je me bornerai à indiquer plus loin celles qui ont de l'intérêt sous le rapport pratique.

(1) Je ne crois pas que les cas cités par M. Andral (*Cliniq. méd.*, vol. IV, p. 190, 1831) soient plus concluants. Il s'agit, en effet, de laryngites pseudo-membraneuses survenues chez des phthisiques; mais combien de temps avant la mort? C'est là la question. Tout porte à croire que ces cas ne diffèrent pas de ceux qui ont été cités par M. Louis.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans ces derniers temps, les auteurs se sont longuement étendus sur la description des lésions organiques de la laryngite pseudo-membraneuse. Sans entrer dans tous les détails qu'ils nous ont donnés, et qui seraient superflus dans un ouvrage pratique, je vais présenter un résumé complet de leurs recherches.

1° On trouve dans le larynx une fausse membrane qui en tapisse la cavité. Quelquefois il n'existe que des lambeaux pseudo-membraneux sur quelques points de la muqueuse laryngienne, et surtout à la face postérieure du cartilage thyroïde.

2° Il est rare que la concrétion pseudo-membraneuse soit bornée au larynx. D'une part, elle existe souvent encore, au moins en partie, dans le pharynx et même dans les cavités nasales où on l'avait vue apparaître ; et, de l'autre, elle se prolonge dans la trachée, que le plus souvent elle a envahie secondairement : chez les adultes observés par M. Louis (*loc. cit.*, pag. 339), la fausse membrane occupait, après la mort, toute l'étendue des organes qui viennent d'être mentionnés. C'est ce qui avait également lieu presque toujours chez les enfants traités par M. Bretonneau (*loc. cit.*, *passim*). Dans les observations recueillies par M. Hache, il n'y eut de fausses membranes sur les amygdales que dans la moitié des cas. Ce sont là des différences qu'il importait de noter.

3° La fausse membrane est d'un blanc grisâtre, quelquefois jaune ou brunâtre et sanieuse, lorsqu'elle a pris un aspect gangréneux, comme dans les cas cités par par M. Bretonneau. Sa *consistance* est variable, mais ordinairement elle est assez forte, et l'on peut constater une élasticité marquée en cherchant à en étendre doucement un lambeau. Son *épaisseur* varie aussi beaucoup; quelquefois très mince, elle acquiert parfois une épaisseur de 3 millimètres. Lorsqu'elle n'a pas été détachée pendant la vie, pour être remplacée par une nouvelle, elle est d'autant plus épaisse qu'elle est plus ancienne. C'est ce qui a été démontré par M. Louis (*loc. cit.*, pag. 239). Son *adhérence* varie suivant les points où on l'examine, et aussi suivant les circonstances de la maladie et le traitement. Tantôt des lambeaux membraneux, en partie détachés, flottent dans un mucus aéré ou puriforme; tantôt la fausse membrane a partout un certain degré d'adhérence; tantôt enfin, adhérente dans quelques points, elle est détachée dans d'autres. Le maximum d'adhérence se trouve ordinairement vers les ventricules du larynx et la partie supérieure de la trachée. Lorsque la membrane est adhérente à la trachée, elle présente à sa surface externe des points rouges observés par MM. Guersant et Blache, et qui sont, d'après ces auteurs, le commencement des linéaments vasculaires constatés par les préparations de Sœmmerring; ce qui rapproche cette fausse membrane des fausses membranes organisables des cavités séreuses. M. Boudet a cité un fait de ce genre.

4° Voici les résultats de l'analyse chimique de la fausse membrane : Elle est durcie et crispée par les acides sulfurique, nitrique et hydrochlorique affaiblis, et dissoute par l'acide acétique, l'ammoniaque liquide, les solutions alcalines. Par l'incinération, on en retire du sulfate de chaux et du carbonate de soude.

5° L'ouverture de la glotte est plus ou moins complétement bouchée, suivant l'épaisseur plus ou moins grande de la fausse membrane; mais il ne faut pas croire que l'occlusion complète de la glotte soit nécessaire pour causer la mort, car dans

bon nombre d'autopsies, cette ouverture a paru offrir un passage assez libre à l'air, malgré la présence de la production morbide.

On a cherché encore à établir d'une manière plus précise le siége de la fausse membrane, on a aussi recherché son mode de formation, etc.; mais ces détails, très intéressants d'ailleurs, n'ont point de véritable importance pratique.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Avant d'aborder le diagnostic différentiel du croup, je dois discuter quelques questions intéressantes.

On a vu plus haut que, d'après les observations les plus précises, on ne pouvait pas établir de différences de nature entre l'angine pharyngienne pseudo-membraneuse et la laryngite dont il est ici question. Tout en effet leur est commun, excepté le siége, et de plus elles procèdent très fréquemment l'une de l'autre. C'est une vérité aujourd'hui admise, et contre laquelle ne sauraient prévaloir les objections de quelques auteurs, parmi lesquelles je mentionnerai celles du docteur J. Cheyne (1). Ce médecin ne conçoit pas qu'on ait pu regarder comme identiques ces deux affections, non pas parce que leur siége principal est différent, mais parce que : 1° l'une est causée par le froid, et l'autre par la contagion; 2° l'une est purement inflammatoire, et l'autre de nature typhoïde; 3° la première réclame un traitement antiphlogistique, et la seconde les stimulants locaux les plus énergiques, les médicaments toniques et les cordiaux. Je n'ai cité ce passage que pour faire voir combien sont faibles les objections adressées à un des plus importants résultats de l'observation moderne, car, bien que M. Bretonneau lui-même ait cité bon nombre d'auteurs qui, avant F. Home, avaient entrevu la vérité, il faut reconnaître que c'est à ses habiles recherches qu'on a dû la démonstration complète, et des caractères propres de l'angine pharyngienne diphthéritique, et de son identité avec l'angine laryngienne pseudo-membraneuse. Cependant, comme s'il craignait d'aller trop loin, M. Bretonneau se demande (*loc. cit.*, p. 281) s'il ne pourrait pas se développer dans le larynx des concrétions de nature *non diphthéritique*. Mais en examinant attentivement les faits, on ne tarde pas à voir que toutes les pseudo-membranes développées dans le larynx sont de même nature, et qu'il n'existe entre elles aucun signe distinctif de quelque valeur. Cette opinion a été, au reste, parfaitement établie par M. Bricheteau (*loc. cit.*, pag. 335). Ces deux maladies ne diffèrent donc, je le répète, que par leur siége. Mais comme, d'une part, la différence du siége est capitale, et que, de l'autre, la diphthérite peut être bornée au larynx, le médecin, tout en reconnaissant que l'angine pharyngienne et la laryngite pseudo-membraneuse sont de même nature et se confondent fréquemment entre elles, doit en faire deux maladies distinctes et les étudier avec soin séparément.

La laryngite simple aiguë peut-elle dégénérer en laryngite pseudo-membraneuse? en d'autres termes, ces deux affections doivent-elles être distinguées l'une de l'autre, ou ne sont-elles que deux degrés divers de la même maladie? Voilà encore une question qui a divisé les esprits, et que néanmoins il est facile de résoudre par les faits. Si la laryngite simple aiguë n'était qu'un premier degré de la laryngite

(1) *The Cyclop. of pract. med.*, vol. I, p. 499.

pseudo-membraneuse, dès que la première de ces deux maladies acquerrait une certaine intensité, il y aurait production d'une fausse membrane. Or c'est ce qui n'a pas lieu, car on trouve un assez bon nombre de faits, et j'en ai indiqué plusieurs (*voy.* p. 102) où la laryngite simple étant assez violente pour causer la mort, et ayant une assez longue durée, il n'y a point eu la moindre trace de fausse membrane. D'un autre côté, on pourrait citer bien des cas où l'inflammation s'est annoncée, dans le croup, par des symptômes très peu intenses, quoiqu'une fausse membrane fort épaisse se soit produite et reproduite à plusieurs reprises. Ce sont là, je pense, des raisons suffisantes pour regarder les deux affections comme différentes dès l'origine : dans l'une et dans l'autre, il y a une inflammation; mais cette inflammation est toute spécifique dans le croup. Ce que je viens de dire à l'occasion de la laryngite simple s'applique également à la *laryngite striduleuse*, qui n'est, ainsi qu'on l'a vu, qu'une laryngite simple avec accès très violents de suffocation.

Après ces considérations, qu'il était important de présenter, parce que la manière dont on a envisagé les faits, sous ce rapport, a eu une grande influence sur la pratique, je vais entrer dans les détails du diagnostic différentiel.

Les maladies avec lesquelles on peut, au moins dans certaines circonstances, confondre la laryngite pseudo-membraneuse, ont leur siége dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée, dans les bronches, et, d'après quelques observations, dans le thymus.

1° *Maladies qui ont leur siége dans le pharynx.* Il est rare que l'*angine pharyngienne simple* acquière une intensité assez grande et produise une gêne de la respiration assez considérable pour rendre possible une confusion entre cette maladie et celle qui nous occupe. Cependant on voit des cas où le gonflement extrême des amygdales occasionne un certain degré de suffocation et une altération notable de la voix. C'est principalement lorsque l'*amygdalite* se termine par un abcès que surviennent ces accidents. On ne les attribuera pas à la laryngite pseudo-membraneuse, si l'on considère que la suffocation est plus continue, qu'il n'y a pas d'accès bien marqués, que la voix n'est point éteinte, mais nasonnée et très désagréable, que la toux n'existe pas, ou est rare, et que le gonflement extrême des amygdales, facile à apercevoir, rend parfaitement compte de tous ces symptômes.

Si je n'avais qu'à comparer le croup avec l'*angine de la même espèce* bornée au pharynx, ce que je viens de dire serait suffisant; mais quand il s'agit de ces deux affections, il se présente une question plus importante : *A quels signes reconnaît-on que l'inflammation diphthéritique reste bornée au pharynx ou a pénétré dans le larynx?* On le reconnaît à la suffocation extrême, aux accès, au sifflement de l'inspiration, aux quintes de toux, à l'extinction de la voix, qui n'existaient pas auparavant, et de plus, d'après les faits de MM. Gendron et Hache, au prolongement notable de l'expiration, dû à l'obstruction de la glotte.

2° *Maladies qui ont leur siége dans le larynx.* Il semble d'abord qu'il doive être facile de distinguer la *laryngite simple* de la laryngite pseudo-membraneuse; mais quand on examine les faits, on ne tarde pas à se convaincre que ce diagnostic peut offrir de grandes difficultés. C'est, au reste, un point que j'ai traité en détail à l'article *Laryngite simple aiguë;* j'y renvoie le lecteur, me réservant seulement de reproduire le diagnostic dans le tableau synoptique.

Le *pseudo-croup* mérite aussi d'être distinguée avec soin de la laryngite pseudo-membraneuse; mais j'ai également exposé le diagnostic différentiel de ces deux maladies (p. 149). Je n'y reviendrai pas ici; je me bornerai, comme pour la laryngite simple, à retracer le résumé de ce diagnostic dans le tableau synoptique.

On a indiqué un certain nombre de signes pour distinguer l'*œdème de la glotte* du croup; mais ils sont loin d'avoir tous la même valeur. Voici comment on pourra se guider dans ce diagnostic : 1° L'œdème de la glotte est le plus souvent, comme l'ont démontré MM. Trousseau et Belloc (1), et plus récemment M. Bricheteau (2), la suite de quelque ancien ulcère du larynx; les antécédents seront donc d'un très grand secours dans ces cas. 2° Lorsque l'œdème de la glotte est le résultat d'une inflammation, il se manifeste ordinairement dans la convalescence d'une maladie inflammatoire, comme Bayle l'a constaté maintes fois. 3° La fièvre est ordinairement moins considérable dans la laryngite œdémateuse; les ganglions du cou ne sont pas ordinairement engorgés. 4° Enfin la voix est rauque, difficile, mais elle n'est éteinte qu'aux derniers moments. Quant aux accès de suffocation, c'est à tort qu'on a dit qu'ils n'existent pas dans l'œdème; ils y sont peut-être plus marqués que dans le croup.

3° *Maladies qui ont leur siége dans la trachée et dans les bronches.* Dans la trachée, nous trouvons la trachéite simple et la trachéite pseudo-membraneuse. Les signes distinctifs de ces deux affections, qui ont bien moins d'importance que les précédentes, seront indiqués lorsque le moment sera venu de tracer leur histoire. Je ne parlerai point non plus ici du *catarrhe suffocant*, dénomination sous laquelle, comme sous celle d'*asthme de Millar*, on a désigné plusieurs maladies différentes; mais j'établirai le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse et de la *bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse*, si bien décrite dans ces derniers temps.

Voici, d'après les faits publiés par les modernes observateurs, et en particulier par M. Fauvel, dont j'ai déjà eu occasion de citer l'excellente thèse, comment on peut distinguer ces deux affections : La dyspnée de la *bronchite capillaire générale* est plus continue et plus grande encore que celle du croup; la respiration est courte, rapide, haletante, mais elle n'est point sifflante, comme dans la laryngite pseudo-membraneuse; la toux n'est pas sèche; la voix n'est pas éteinte : elle a son timbre normal; lorsqu'il y a expulsion de fausses membranes, elles sont parfois ramifiées comme les bronches; à l'auscultation, au lieu du sifflement qui masque le bruit vésiculaire, on entend un mélange de râles muqueux et sonores qui occupent une grande étendue de la poitrine. On voit qu'avec un peu d'attention le diagnostic est facile.

4° Enfin l'*asthme thymique*, par les accès de suffocation qu'il cause, pourrait peut-être en imposer pour une laryngite pseudo-membraneuse; mais c'est un diagnostic qu'il faut renvoyer à l'histoire de cette espèce d'asthme encore peu connue en France; il n'a du reste qu'une importance médiocre.

Je passe donc immédiatement au tableau synoptique du diagnostic :

(1) *Traité de la phthisie laryngée*, p. 252 et suiv.
(2) *Archiv. gén. de médecine*, 3e série, 1841, t. XII, p. 314.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du croup et de l'angine tonsillaire intense.*

CROUP.	ANGINE TONSILLAIRE.
Accès de suffocation.	Suffocation *continue*.
Voix sourde, *éteinte*.	Voix *nasonnée*, désagréable.
Toux rauque, sèche.	Peu ou point de *toux*.
Amygdales souvent gonflées et couvertes d'une pseudo-membrane, mais laissant encore à l'air un libre passage.	*Amygdales* énormément tuméfiées, interceptant le passage de l'air.

2° *Signes distinctifs du croup et de l'angine pharyngienne pseudo-membraneuse.*

CROUP.	ANGINE PHARYNGIENNE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
On peut voir parfois la fausse membrane se *prolonger vers le larynx*.	On peut voir quelquefois *une surface libre* entre la fausse membrane des amygdales et le larynx.
Voix *éteinte*.	Voix *nasonnée*.
Toux *sèche*, *rauque*.	Toux nulle ou *grasse*.

3° *Signes qui annoncent que la fausse membrane, d'abord développée sur les amygdales, a gagné le larynx.*

La *suffocation* devient bientôt très considérable.
De véritables *accès* se déclarent.
L'*inspiration* devient *sifflante*.
La *voix s'éteint*.
Il y a des *quintes d'une toux sèche*.
L'*expiration est prolongée*. (Gendron, Hache.)

4° *Signes distinctifs du croup et de la laryngite aiguë intense* (1).

CROUP.	LARYNGITE SIMPLE.
Expectoration de crachats muqueux contenant souvent des lambeaux de fausses membranes laryngiennes.	*Expectoration* de crachats muqueux, filants, écumeux.
Inspection. Elle fait souvent reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales.	*Inspection de la gorge*. Rien ou seulement un peu de rougeur et de turgescence de l'épiglotte.

Il est des cas où ce diagnostic est d'une extrême difficulté.

5° *Signes distinctifs du croup et du pseudo-croup.*

CROUP.	PSEUDO-CROUP.
Symptômes du début plus ou moins graves.	*Symptômes du début* très légers.
Dans les *intervalles des accès*, symptômes toujours inquiétants.	Dans les *intervalles des accès*, absence presque complète de symptômes.
Souvent *engorgement* des ganglions du cou.	*Pas d'engorgement* des ganglions lymphatiques du cou.
Souvent expectoration de *fausses membranes*.	Pas d'expectoration de *fausses membranes*.
Souvent *fausse membrane* sur les *amygdales*.	Point de *fausse membrane* sur les *amygdales*.

(1) Ce diagnostic et le suivant ont déjà été présentés aux articles *Laryngite simple* et *pseudo-croup*; mais comme ils sont très importants, je ne crois pas faire un double emploi inutile en les reproduisant dans un lieu où le lecteur doit s'attendre à les trouver. Je n'agirai ainsi que pour les diagnostics indispensables.

6° *Signes distinctifs du croup et de l'œdème de la glotte.*

CROUP.	OEDÈME DE LA GLOTTE.
Antécédents. Survenu au milieu d'une santé parfaite, ou à la suite d'un exanthème,	*Antécédents.* Survenu dans le cours d'une laryngite ulcéreuse chronique, ou dans la convalescence d'une maladie aiguë quelconque.
Fièvre notable.	Peu ou point de *fièvre*.
Ganglions du cou *engorgés*.	*Ganglions* du cou non engorgés.
Voix *éteinte*.	Voix *rauque ou basse*.

7° *Signes distinctifs du croup et de la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse.*

CROUP.	BRONCHITE CAPILLAIRE.
Dyspnée continue, intense.	*Dyspnée* revenant par *accès* plus ou moins marqués.
Inspiration peu bruyante ou stertoreuse; respiration très rapide, très fréquente, courte, haletante	*Inspiration sifflante*; respiration s'exécutant avec effort.
Timbre normal de la voix.	Voix *éteinte*.
Rejet de *fausses membranes* ramifiées. (Signe pathognomonique, mais rare.)	Rejet de *fausses membranes*, ayant la forme d'un large tube, ou plus souvent en lambeaux.
Auscultation. Râles muqueux et sonores, abondants, et souvent très étendus.	*Auscultation. Sifflement* inspiratoire; faiblesse du bruit respiratoire.

Le diagnostic que je viens de présenter n'a sans doute pas, dans chacune de ses parties, toute la précision que les recherches auxquelles on se livre incessamment finiront par lui donner; mais j'espère qu'on y trouvera l'expression fidèle de nos connaissances actuelles.

Pronostic. Le croup est une des affections les plus graves qui menacent l'enfance. Il est même permis de dire d'une manière générale que cette affection est mortelle lorsqu'elle n'est pas traitée énergiquement. Néanmoins, parmi les auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de succès, il en est qui attribuent au croup une mortalité très variable. Ainsi l'un évalue cette mortalité à la presque totalité des cas, l'autre à la moitié, l'autre à un neuvième seulement. Je ne citerai pas d'exemples, parce qu'il est évident que le plus ou moins grand nombre de laryngites striduleuses observées en même temps que la laryngite pseudo-membraneuse est la véritable cause de ces variations. Depuis que la distinction est bien établie entre ces deux affections, la vérité de la proposition que j'ai émise plus haut a été démontrée. Il est d'ailleurs bien remarquable que dans les véritables épidémies où le vrai croup domine, la mortalité a toujours été énorme.

Il est donc inutile de chercher si dans les symptômes ou dans la marche de la maladie il y a quelques signes favorables ou défavorables. Nous verrons plus loin quelle est l'influence des divers traitements.

Récidive. Avant qu'un diagnostic rigoureux eût fait distinguer la laryngite striduleuse de la laryngite pseudo-membraneuse, on regardait les récidives de cette dernière affection comme fréquentes; mais depuis lors on n'en a pas cité, ainsi que le fait remarquer Guersant, un seul cas authentique, et M. Vauthier (*loc. cit.*),

par l'examen d'un grand nombre de faits, a pu établir que le croup n'attaque pas deux fois le même enfant. Faut-il une autre preuve que ces récidives appartenaient à la laryngite striduleuse? Ainsi donc, sans prétendre que les récidives du vrai croup sont impossibles, on peut dire qu'elles n'ont pas été observées, ou du moins que la science n'en possède pas d'exemples.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse est un des sujets les plus importants, mais en même temps les plus difficiles de la thérapeutique. Ce n'est pas que des hommes d'un grand talent ne s'en soient occupés, mais plusieurs causes ont tellement compliqué cette question, qu'il a été impossible d'arriver à des résultats aussi positifs qu'on doit le désirer en pareille matière. En première ligne il faut encore placer le peu de précision du diagnostic que la distinction établie par Wichmann et MM. Bretonneau et Guersant, entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse, a pu seule faire disparaître. Comment, en effet, apprécier la valeur d'un moyen thérapeutique opposé indifféremment à une maladie qui tend naturellement à guérir: *le pseudo-croup*, et à une maladie presque constamment mortelle : *le croup?* Encore si l'on pouvait toujours, dans les auteurs, démêler les cas de l'une et de l'autre, de manière à en connaître la proportion! Mais il n'en est rien, et l'absence des observations ou des détails les plus importants rend souvent toute tentative de ce genre infructueuse. En second lieu, il est bien peu de cas dans lesquels le traitement ne soit pas très compliqué. Ce n'est pas un reproche que j'adresse aux praticiens, car dans cette terrible maladie, qui oserait se priver d'un seul des moyens ayant pour eux une expérience plus ou moins solide? mais ce n'est pas moins un grand obstacle aux recherches thérapeutiques, que cette multitude de remèdes divers mis en œuvre en même temps. Auquel peut-on ensuite attribuer la guérison?

Pour surmonter autant que possible ces immenses difficultés, j'ai cherché à m'éclairer par l'étude des observations les plus détaillées, et dont le diagnostic n'avait rien de douteux. Voici le résultat de mes recherches :

1° *Antiphlogistiques*. De tout temps le croup a été traitée par les *saignées* générales ou locales; mais ce moyen de traitement a été très diversement jugé. Dans le dix-septième siècle, ainsi que le fait observer M. Bretonneau, on avait peu de confiance dans les émissions sanguines, parce que l'on attribuait à la maladie un caractère septique; mais plus tard, et surtout à l'époque du concours institué par Napoléon, on préconisa la saignée comme pouvant prévenir la formation de la fausse membrane. M. Bricheteau, qui a fort bien résumé nos connaissances sur le croup, à l'époque où il écrivait son *Précis analytique*, cite bon nombre d'auteurs qui se sont prononcés en faveur de ce moyen. Caillau, en particulier (*loc. cit.*, pag. 125), le regarde comme un moyen *héroïque :* « Il est, dit-il, fermement persuadé que si l'on pratiquait toujours et à temps la saignée dès le début d'un croup inflammatoire, elle serait capable de le *juguler* dans son origine, ou de le faire avorter. » Desessartz (*loc. cit.*, p. 48) veut qu'on n'ait recours à la saignée que lorsqu'il y a un embarras considérable

de la circulation pulmonaire. L'opinion de ces auteurs et celle de beaucoup d'autres que je pourrais citer ne consistent guère que dans de simples assertions. Delens a cité des cas dans lesquels les émissions sanguines ont été très abondantes; mais comme en même temps il donnait l'émétique à haute dose, c'est un traitement mixte qui sera exposé plus tard.

Si maintenant nous consultons les médecins qui n'ont point de confiance dans ce moyen, ou qui ne le recommandent que dans des cas exceptionnels, nous trouvons d'abord Stearm, qui assure avoir guéri 48 malades sur 50 sans tirer du sang; mais ce nombre de succès hors de toute proportion est plus que suffisant pour faire douter de l'exactitude du diagnostic. Vient ensuite M. Bretonneau, qui d'abord avait une certaine confiance dans la saignée, la regardant comme propre à s'opposer aux progrès de la diphthérite, mais qui fut obligé de renoncer à cette manière de voir lorsqu'il lui fut démontré que dans aucun cas soumis à son observation la formation de la fausse membrane n'avait été prévenue par la saignée. C'est surtout dans les épidémies que l'insuffisance de ce moyen lui a paru évidente. M. Vauthier, après l'examen des faits qu'il a recueillis, n'hésite pas à dire que les émissions sanguines sont toujours nuisibles.

L'examen que j'ai fait d'un bon nombre d'observations m'a convaincu, comme M. Bretonneau, que la saignée, soit générale, soit locale, n'est point un moyen curatif puissant, et qu'il n'arrête pas d'une manière frappante les progrès de la maladie. Mais, combiné avec d'autres moyens, a-t-il pour sa part, quelque utilité? Il faudrait, pour répondre à cette question, avoir analysé des faits concluants et en assez grand nombre, ce qui, malgré les cas rapportés par M. Vauthier, n'est pas encore possible. Bornons-nous donc à dire que probablement la saignée a des avantages, et agit en calmant le mouvement fébrile, lorsqu'on en fait usage chez des sujets vigoureux et atteints du croup dans le cours d'une bonne santé. On ne peut en effet regarder comme une preuve convaincante du danger des saignées un fait que cite M. Bretonneau (*loc. cit.*, pag. 223), et dans lequel une saignée locale très abondante fut suivie d'une prompte extension de la diphthérite. Ce fait ainsi isolé n'a pas plus de valeur que celui qui a été cité par M. Guersant en faveur des émissions sanguines, et où un croup bien caractérisé guérit, quoique le traitement n'eût consisté qu'en une simple saignée. Ce dernier praticien est néanmoins sobre de la saignée, et ne l'emploie guère que pour prévenir les symptômes d'asphyxie dans les cas où, dès le début, la dyspnée est très considérable.

Après ces considérations, faut-il demander quelle est la plus utile de la saignée locale ou de la saignée générale? Évidemment on ne peut pas répondre d'une manière positive à cette question. L'âge du malade et sa force déterminent ordinairement le praticien. Chez un sujet qui a plus de sept ou huit ans, qui est vigoureux et qui a beaucoup d'oppression, on emploie de préférence la saignée générale; chez un sujet faible ou très jeune, c'est la saignée locale qu'on prescrit. Très souvent on commence par une ou plusieurs saignées, et l'on applique ensuite des sangsues à la partie antérieure du cou : c'était la pratique de F. Home. Je ne chercherai pas à déterminer si la saignée générale a plus d'efficacité suivant qu'on la pratique à la veine jugulaire ou aux veines du bras, parce que les faits sont entièrement insuffisants.

Mais il est une autre question qu'il serait bien plus important de pouvoir résoudre. Faut-il prescrire des émissions sanguines très abondantes, de manière à jeter

les malades dans une grande faiblesse et à provoquer même des lipothymies, ou bien doit-on se borner à des saignées modérées ? Parmi les médecins qui se sont prononcés en faveur de la saignée jusqu'à la syncope, M. Bricheteau cite Bailey, Lyons, Dick, Reil et M. Cruveilhier. Cet auteur rapporte lui-même un cas dans lequel un écoulement de sang, dû à une application de sangsues, rendit le sujet presque exsangue, et où la guérison fut obtenue en peu de jours. Mais, même dans ce dernier cas, on peut douter du diagnostic, qui n'était pas alors aussi rigoureux qu'à présent. Il n'y a donc réellement pas possibilité de résoudre positivement cette question, et nous ne pouvons nous guider que par des considérations générales. Si nous nous rappelons que la maladie qui nous occupe ne survient guère que chez les enfants ou chez les adultes affaiblis par une maladie, nous devrons craindre d'ajouter à la faiblesse des sujets par la soustraction d'une quantité considérable de sang, et cela d'autant plus que l'efficacité des saignées abondantes n'est rien moins que prouvée. D'ailleurs il peut y avoir du danger à agir ainsi, abstraction faite de l'aggravation de la maladie ; et s'il en fallait une preuve, on la trouverait dans le cas d'hémorrhagie mortelle cité par Vieusseux (1).

Albers et Duntze ont conseillé l'*artériotomie*, quelques praticiens ont suivi leurs conseils, et ont cité des succès. Mais ici revient encore cette question capitale du diagnostic, qui met ces succès en doute. D'ailleurs on n'a pas fait connaître un seul cas dans lequel on se soit borné à ce moyen.

M. Bricheteau regarde les *ventouses scarifiées*, préconisées avant lui par Caillau (*loc. cit.*, p. 149), comme un excellent moyen trop peu employé en France. Mais les mêmes réflexions s'appliquent encore à cette proposition, bien qu'elle appartienne à un des médecins qui ont le mieux étudié le croup.

Ainsi, de quelque manière que nous envisagions ce point important de thérapeutique, nous n'arrivons qu'à de faibles probabilités : résultat peu surprenant, car l'étude des questions thérapeutiques ne peut être fructueuse, si elle ne s'appuie sur l'observation exacte et l'analyse numérique des faits, et, relativement au croup, on a généralement suivi (la question de la trachéotomie exceptée) les anciens errements. M. Haché seul a recherché convenablement l'influence des diverses médications ; mais malheureusement les faits qu'il a recueillis sont trop peu nombreux pour donner des résultats positifs. Dans ce commencement de statistique, qu'on doit vivement désirer de voir continuer, les émissions sanguines n'ont paru avoir aucune action favorable, à quelque époque de la maladie qu'on les ait pratiquées, et quelle qu'ait été leur abondance, ce qui s'accorde avec les résultats obtenus par M. Vauthier.

Émollients, *adoucissants*. Ces moyens ne peuvent être rangés que dans la classe des adjuvants ; on y attache généralement, et avec raison, une faible importance. Ils consistent en une tisane adoucissante, des cataplasmes autour du cou (Jurine, Delens, etc.), des fomentations émollientes, des embrocations huileuses. Bon nombre de praticiens, et en particulier Jurine, recommandent les *bains tièdes* et même les *bains de vapeur*. Ces derniers moyens auraient des inconvénients, si l'on n'avait pas grand soin de préserver les malades de l'action du froid, et de plus ils pourraient provoquer les accès de suffocation.

(1) *Journ. de méd.*, t. XII, p. 436.

Vomitifs. Les vomitifs ont de tout temps été vantés dans les angines. Il est bien peu d'observations où ils ne jouent un rôle important. En aurons-nous plus de facilité pour déterminer quelle part il faut leur accorder dans les guérisons de croup confirmé que la science possède? C'est ce que va nous apprendre l'examen des documents qui nous sont fournis par les auteurs.

Émétique. Je n'ai trouvé que deux observations de croup avec production évidente de fausse membrane (1) dans lesquelles on n'ait employé pour tout médicament actif que l'émétique, ou bien l'émétique uni à l'ipécacuanha et à l'application de quatre sangsues, ce qui ne change pas sensiblement la médication. Ces deux cas ont eu une terminaison favorable. Dans sept autres cas de guérison, où l'émétique a été donné à des doses très variables, on a en même temps mis en usage un grand nombre d'autres moyens, tels que le calomel, les purgatifs, les vésicatoires, etc.; en sorte que l'appréciation devient très difficile.

Cependant voici quelques résultats assez remarquables que j'ai obtenus en examinant un certain nombre de faits: Dans 53 cas (2), on a employé 31 fois, comme médications principales, l'émétique et l'ipécacuanha, et il y a eu 15 guérisons, c'est-à-dire près de la moitié, tandis que dans les 22 autres, où les vomitifs n'ont été donnés qu'avec parcimonie, il n'y a eu qu'une seule guérison : différence énorme, qui, malgré le petit nombre des observations, me paraît être plus qu'une simple coïncidence. Je suis d'autant plus porté à y voir une preuve de l'efficacité de ce médicament, qu'en envisageant les faits sous un autre point de vue, on arrive à un résultat qui se rapproche beaucoup du précédent. Parmi les 31 sujets qui ont été traités par les vomitifs énergiques, 26 ont rendu des fausses membranes dans les efforts de vomissement, et, de ce nombre, 15 ou près des 3/5 ont guéri. Les 5 autres, au contraire, n'ont pas rendu un seul fragment de fausse membrane, et ils sont tous morts. Restent maintenant les 22 sujets chez lesquels les vomitifs n'ont été employés que d'une manière timide, et comme médication secondaire. De ce nombre, 2 ont rejeté des fausses membranes, et un a guéri; les 20 autres n'ont pas rendu de lambeaux pseudo-membraneux, et *ils sont tous morts.* Voilà des faits bien dignes de remarque. Il faut y joindre celui qu'a rapporté M. le professeur Forget (3), bien que le vomitif administré à plusieurs reprises fût l'ipécacuanha, car il est évident que c'est uniquement comme vomitif qu'agit l'émétique. Dans le cas observé par M. Forget, le vomissement fit rejeter des lambeaux de fausses membranes, comme dans les cas heureux que nous venons de signaler.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux faits suivants rapportés par M. Nonat.

M. Nonat (4) cite trois cas de croup traités avec succès par le tartre stibié répété, et par le calomel et les frictions mercurielles sur le cou et sous les aisselles. La dose du calomel était portée à 1 gramme par jour et les frictions à 60 grammes.

Tous les enfants rendirent des fausses membranes par le vomissement.

(1) Je suis obligé de faire cette distinction à cause des nombreux cas de laryngite striduleuse qu'on trouve confondus avec le croup, dans les ouvrages publiés sur cette maladie.

(2) *Voy.* Double, obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; Lobstein, obs. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11; Rosen, obs. 6, 7, 8, 9, 10; Home, obs. 7, 8, 9, 10, 11; Terrade, obs. 1, 2; Blaud, obs. 3, 6; Poussin, obs. 1, 2, 3; Brousse, obs. 1, 2; Hastron, obs. 1, 2, 3; Ferrand, obs. 1, 2, 3, 4; Valentin, obs. 4; Deville, obs. 2; et Martin, Dancy, Schmidt, Lévêque-Lasource, Gayot, Rogery, Saissy, Levrat, Ehrmann, etc., chacun une observation.

(3) *Bull. gén. de thérap.*, mars 1845.

(4) *Bull. gén. de thérap.*, janvier 1844.

Mais ce n'est pas en étudiant ainsi la question qu'on a acquis une si grande confiance dans les vomitifs, et surtout dans l'émétique; c'est par l'observation de ce qui se passe dans le cours de la maladie. En voyant les efforts de vomissement, naturels ou provoqués, donner si fréquemment lieu à l'expulsion de fausses membranes; en observant le calme plus ou moins durable, et quelquefois même la guérison qui suivait cette expulsion, on a été conduit à attribuer la guérison aux vomitifs (1); or, comme c'est le tartre stibié qui est le plus fréquemment employé, c'est à lui qu'on a dû rapporter l'honneur de la cure. Tout nous porte donc à placer l'émétique au nombre des médicaments auxquels on doit le plus se hâter de recourir. Toutefois je dois ajouter que M. Hache, qui a rigoureusement observé, n'a pu, dans les 8 cas dont il a recueilli l'histoire, découvrir le moindre signe d'amélioration après l'emploi de l'émétique; mais il observait à l'hôpital des Enfants, c'est-à-dire au milieu de circonstances hygiéniques peu favorables, et ces cas négatifs, bien que limitant la confiance qu'on doit avoir dans le tartre stibié, ne détruisent pas les faits positifs cités plus haut. D'ailleurs, M. Jousset a observé, dans les mêmes circonstances, des faits bien plus favorables au traitement par le tartre stibié qui viennent à l'appui de l'opinion que j'ai émise plus haut. Ce médecin (2) rapporte deux cas de guérison dans lesquels le principal remède a été l'émétique. Dans un cas il est dit formellement que des fausses membranes ont été rejetées dans le vomissement. Dans l'autre, il n'est pas fait mention des fausses membranes.

A quelle *dose* faut-il donner le tartre stibié? Dans les observations que j'ai sous les yeux, cette dose a varié de 5 à 15 centigrammes par jour; mais on sent que l'âge des sujets est une grande considération en pareille matière. Voici les doses que l'on pourra prescrire:

De un à trois ans :

℞ Émétique........	0,05 gram.	Sirop...............	20 gram
Eau.............	60 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure.

De trois à six ans :

℞ Émétique..........	0,10 gram.	Sucre...............	20 gram.
Eau..............	60 gram.		

Mêlez. A prendre comme la précédente.

Au-dessus de six ans :

Porter à 0,15 gram. la dose de l'émétique dans la même quantité de véhicule.

Il ne faut pas s'arrêter dans l'administration du médicament, lorsque l'on voit survenir les premiers vomissements; car c'est souvent leur persistance qui a provoqué l'expulsion des fausses membranes.

Delens (3) est un des médecins qui ont le plus préconisé l'émétique à haute dose; et si je n'en ai pas encore parlé, c'est parce que ce praticien n'emploie

(1) TÉALLIER, *Du tartre stibié*, etc.; Paris, 1832, p. 297 et suiv.
(2) *De la Bronchotom.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1844, t. V, p. 401).
(3) *Bibl. méd.*, t. LXVI, p. 75, 1820.

pas l'émétique seul, mais associé aux saignées abondantes. Je vais maintenant exposer sa méthode :

SAIGNÉES ABONDANTES ET ÉMÉTIQUE COMBINÉS, TRAITEMENT DE DELENS.

1° Appliquez sur les deux côtés du larynx de deux à douze sangsues, suivant l'âge du sujet (ce dernier nombre ne devant être employé que chez les adolescents). Laissez couler le sang assez longtemps pour qu'il en résulte un affaissement considérable et même une véritable défaillance. Renouvelez les sangsues chaque jour, pendant tout le temps que le danger persiste.

2° En même temps que vous appliquez les sangsues, donnez l'émétique (1), soit aux doses précédemment indiquées, soit à des doses plus élevées ; mais ayez soin d'en continuer l'administration sans interruption pendant tout le cours de la maladie.

3° Entourez tout le cou de cataplasmes émollients.

4° Deux ou trois fois par jour, des demi-lavements d'eau saturée de sel marin.

Delens, après avoir exposé ce traitement qu'il employait, autant que possible, au début même de la maladie, ajoute qu'il a *réussi dans cinq cas où il l'a mis en pratique.* On sent de quelle importance il serait de connaître les cinq observations, pour en apprécier la valeur sous le point de vue du diagnostic, peu rigoureux à l'époque où écrivait l'auteur ; mais bien qu'il ait promis de les publier plus tard, je les ai vainement cherchées dans la *Bibliothèque médicale* et dans les autres recueils, en sorte que nous avons la méthode sans avoir la mesure exacte de son efficacité.

Hufeland avait la plus grande confiance dans le vomitif, et voici la formule qu'il employait (2) :

Potion vomitive de Hufeland.

℞ Tartre stibié	0,05 gram.	Oxymel scillitique	15 gram.
Poudre d'ipécacuanha	1,25 gram.	Eau distillée	30 gram.
Sirop de framboise	15 gram.		

A prendre par cuillerées à café tous les quarts d'heure.

La formule employée par Albers, de Bremen, est encore plus compliquée ; la voici telle qu'on la trouve dans le *Journal de chimie médicale :*

Formule d'Albers.

℞ Camphre	0,025 gram.	Mucilage de gomme arabique	8 gram.
Émétique	0,05 à 0,10 gram.	Sirop de guimauve	25 gram.
Vin d'ipécacuanha	2 gram.	Eau distillée	60 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant les cas.

Dans l'intervalle, faites boire de l'eau sucrée ou un mélange d'eau et de lait.

Je pourrais multiplier ces formules, mais il n'y aurait aucun profit réel. Il est

(1) Delens n'indique pas les doses.

(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 23.

facile de voir que l'émétique en est la substance vraiment agissante, et que l'ipécacuanha ne sert que d'adjuvant. Quant au camphre, Albers l'employait pour combattre le spasme supposé ; mais aujourd'hui les idées ont changé sur ce point, et l'on regarde le camphre comme inutile.

Pour terminer ce qui est relatif à l'emploi de l'émétique, j'ajouterai que MM. Delaroque (1) et Marrotte (2) ont cité des cas, sinon de laryngite pseudo-membraneuse confirmée, du moins de pharyngite pseudo-membraneuse tendant à envahir le larynx, qui ont promptement cédé à l'action de l'émétique donné à haute dose et administré sans relâche.

L'*ipécacuanha* a été rarement administré seul comme vomitif. Le plus souvent, comme on l'a vu dans les formules précédentes, on l'a associé à l'émétique, et Desessartz surtout n'a jamais négligé cette association. Voici la préparation la plus simple donnée par ce praticien, car il est inutile de présenter la formule de son *sirop contre la toux des enfants*, embarrassée de plusieurs substances sans efficacité réelle :

Formule de Desessartz.

℞ Eau chaude......... 30 gram.	Miel blanc............. 10 gram.
Émétique.......... 0,10 gram.	

Ajoutez, après avoir mêlé ces substances :

Ipécacuanha réduit en poudre impalpable............. 0,60 gram.	Eau de fleur d'oranger....... 4 gram.

Mêlez exactement. Conservez pour l'usage ; agitez la bouteille toutes les fois que vous voudrez employer le médicament.

DOSES.	
Avant un an..... $\frac{1}{4}$ cuillerée à bouche.	A deux ans............ $\frac{1}{2}$ de cuillerée.
	A un âge au-dessus...... 1 cuillerée.

Renouveler cette dose tous les quarts d'heure, jusqu'à ce que la respiration devienne libre.

Il est évident que nous ne pouvons attribuer à l'ipécacuanha aucune vertu particulière contre la maladie dont il s'agit.

On a joint aussi à l'ipécacuanha le *kermès minéral*, mais toujours à des doses trop faibles pour qu'on puisse lui accorder une action bien grande. Je me bornerai donc à indiquer la formule employée par le docteur Dancy (3) :

℞ Eau bouillante.................................. 60 gram.

Versez-les sur :

Racine d'ipécacuanha.................................. 0,80

Laissez infuser pendant vingt minutes.

Ajoutez :

Kermès minéral....... 0,10 gram.	Sirop de tolu........... 15 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées à bouche, de quart d'heure en quart d'heure.

Sulfate de cuivre. J'ai déjà eu occasion de parler de ce médicament à propos du pseudo-croup, et j'ai fait voir alors que le plus grand nombre des succes

(1) *Bulletin thérap.*
(2) *Gazette médic.*, janv. 1842.
(3) *Journ. de méd.*, t. XXI, p. 93, févr. 1811.

obtenus par son emploi étaient des guérisons de faux croup. Il est pourtant quelques cas où l'on ne peut pas méconnaître l'existence du vrai croup, et qui ont eu une issue heureuse sous l'influence du sulfate de cuivre. Je ne citerai pour exemple que la première observation du Mémoire de M. Droste (1) où se trouve constatée l'expulsion d'une pseudo-membrane rendue en masse pendant le premier vomissement provoqué par le sulfate de cuivre. Or, si l'on se rappelle ce qui a été dit à l'occasion de l'émétique, on ne doutera pas que le sulfate de cuivre, ayant produit cet effet favorable, n'ait amplement contribué à la guérison.

Mais le sulfate de cuivre n'agit-il que comme vomitif, ou bien a-t-il en même temps une action spécifique? La plupart des médecins qui l'ont employé admettent sans hésiter l'existence de cette double action, et voici comment le docteur Frelitz (2) l'explique : « C'est alors (lorsque la pseudo-membrane est formée) que le vomissement par le sulfate de cuivre agit d'une manière miraculeuse, non seulement en évacuant la lymphe coagulée qui vient transsuder et s'accumuler dans les bronches, mais encore en agissant d'une manière particulière sur la sensibilité des nerfs des poumons et du larynx, en la changeant, et en produisant pour ainsi dire une contre-irritation dans l'estomac et dans les intestins, et en excitant une espèce de crise par les sueurs, ou en arrêtant le travail de la transsudation. » Il est facile de voir que cette explication pourrait tout aussi bien s'appliquer aux effets de tout autre vomitif puissant, et que les choses se passent de la même manière lorsque l'on administre des doses élevées de tartre stibié. Mais ce qui doit nous faire penser, avec Gittermann, que le sulfate de cuivre n'agit réellement pas d'une manière spécifique, c'est que ces succès ont eu lieu précisément dans les mêmes circonstances que les succès dus à l'émétique, c'est-à-dire lorsqu'on a pu obtenir, par le vomissement, l'expulsion du produit morbide.

Plusieurs praticiens allemands, parmi lesquels il faut citer les docteurs Frelitz, Serlo, Malin (3), ont adopté cette médication, et l'ont beaucoup préconisée. Malheureusement, ainsi que l'a fait sagement observer le rédacteur des *Archives* (t. VII, 2e série, p. 126), on n'a point analysé les faits, et l'on n'a pas indiqué le nombre des guérisons et des morts, en sorte que toute appréciation exacte de ce moyen est impossible. En France, on pense que son administration est dangereuse; mais, comme je l'ai déjà fait remarquer dans l'histoire du pseudo-croup, les faits prouvent que cette crainte est exagérée, car, en se renfermant dans les doses prescrites, on n'a jamais causé d'accidents. Aussi, depuis l'époque où j'écrivais ces lignes, des essais ont-ils été faits en France, et je citerai ceux de M. Bérenguier, chirurgien de l'hôpital de Rabastens.

Ce médecin a publié dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, 1846, un mémoire très intéressant sur le traitement du croup par le sulfate de cuivre.

Il a cité six faits de guérison dans lesquels le diagnostic ne peut pas être contesté, et qui, par conséquent, parlent très hautement en faveur de cette médication.

Il donne le sel à dose vomitive de la manière suivante :

℞ Sulfate de cuivre non effleuri. 0,20 gram. | Sucre en poudre............. 0,60 gram.

(1) *Heidelbergische klinische Annalen*, 1834.
(2) *Journ. de Hufeland*, traduit dans le *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 310; 1831.
(3) *Journal de Hufeland*, janv. 1834.

Faites une poudre homogène, divisez en deux paquets. — Diss. un paquet dans une tasse de porcelaine avec une cuillerée d'eau tiède et administrez sur-le-champ.

Au bout de cinq minutes, administrez le second paquet si le vomissement n'a pas encore eu lieu.

Ce vomitif a pu être répété douze fois sans accident chez un jeune enfant.

M. Frelitz (*loc. cit.*, p. 310) veut qu'on n'ait jamais recours qu'à de très petites doses de sulfate de cuivre au début de la maladie, et qu'on attende, pour le donner à dose vomitive, la formation de la pseudo-membrane. M. Droste, au contraire, le prescrit à dose vomitive dès le premier jour. Cette dernière manière n'a jamais eu d'inconvénients. On trouvera les doses dans les *ordonnances*.

Sulfate de quinine. Le docteur Puls (1) attribue au sulfate de quinine une très grande efficacité. Il administre ce sel en lavement, comme il suit :

℞ Sulfate de quinine....	0,20 gram.	Sucre.................	2 gram.
Calomel............	0,10 gram.		

Divisez en quatre paquets. — Un paquet pour un petit lavement.

Les quatre lavements sont donnés : les deux premiers à une demi-heure d'intervalle, les deux autres après une et deux heures.

On peut renouveler, s'il y a lieu, cette dose dans les vingt-quatre heures.

J'ai lu attentivement les trois observations rapportées dans le journal cité plus haut, et je n'ai pas été convaincu qu'il s'agit de véritables cas de croup, ou plutôt j'y ai trouvé plusieurs motifs de penser le contraire. Je me borne à dire ici que la gorge ne paraît pas avoir été examinée, qu'il n'y a pas eu expectoration de fausses membranes, que des intervalles de bien-être parfait ont existé.

J'ajoute que le sirop d'ipécacuanha a été donné en même temps. C'est donc un moyen à expérimenter de nouveau.

Purgatifs. Les purgatifs plus ou moins violents ont été employés par un grand nombre de praticiens; mais ce moyen, qui peut avoir un certain degré d'utilité, n'a jamais été employé seul, et l'on ne peut lui attribuer aucun cas de guérison; c'est donc un adjuvant qui trouvera sa place dans les ordonnances, et sur lequel il serait peu utile d'entrer dans de plus longs détails.

MÉDICAMENTS AUXQUELS ON ATTRIBUE UNE CERTAINE VERTU SPÉCIFIQUE.

Sulfure de potasse. Ce médicament a été très fréquemment employé dans la laryngite pseudo-membraneuse, et on lui a tour à tour accordé une grande efficacité, ou attribué des inconvénients réels. Parmi les nombreux auteurs qui l'ont le plus chaudement recommandé, il faut citer Lobstein et le professeur Fritze, de Magdebourg (2); mais une remarque générale domine cette question : a-t-il été démontré, par un diagnostic rigoureux, qu'il s'agissait bien réellement, dans les cas traités par cette substance, du vrai croup, de la laryngite pseudo-membraneuse? Après avoir parcouru avec attention les observations publiées partout, on peut

(1) *Bull. gén. de thérap.*, septembre 1848.

(2) Voyez sa méthode (qui du reste est compliquée) dans le *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, t. II, p. 78. Je me contente d'ajouter qu'il emploie concurremment avec le foie de soufre, des *lavements de vinaigre*, et des *frictions* sur le cou avec un mélange d'*onguent mercuriel* et d'un *liniment volatil*, en ayant soin de recouvrir les parties frottées avec un morceau de flanelle.

répondre hardiment que, dans l'immense majorité des cas de guérison, si ce n'est dans tous, il n'existait qu'une simple laryngite striduleuse. Ici la gravité apparente de la maladie dès le début, l'intensité extrême des symptômes locaux sans symptômes généraux bien tranchés, et la disparition souvent très rapide de tous ces accidents, circonstances qu'on a fait valoir en faveur du médicament, doivent au contraire nous confirmer dans l'opinion qui vient d'être avancée, surtout si nous considérons qu'il n'y a point eu expulsion de fausses membranes; et de là vient précisément que les médecins dont le diagnostic est établi sur les nouvelles recherches n'ont eu nullement à se louer de l'emploi de cette substance.

D'un autre côté, le foie de soufre n'est pas, à beaucoup près, un médicament innocent, et quelques précautions que les médecins qui le conseillent apportent dans son administration, ils en redoutent l'action délétère. Cette considération, jointe aux précédentes, doit nous faire renoncer à l'emploi d'un remède dangereux et dont rien ne prouve l'utilité, jusqu'à ce que des preuves plus positives de son efficacité nous soient fournies par d'autres observations.

Telle était l'impression que j'avais reçue des faits, lors de la publication de la première édition de cet ouvrage. Depuis lors, j'ai pu prendre connaissance de ceux qui sont mentionnés dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet (*loc. cit.*, t. I, p. 335), et je dois en dire un mot ici.

Ces auteurs disent avoir vu, chez un sujet, la toux devenir humide et l'amélioration se déclarer dès qu'on administre le sulfure de potasse. De plus, au milieu de quelques cas semblables qu'ils citent, j'en remarque quatre qui leur ont été signalés par M. Maunoir (de Genève), et qui, ayant été traités par ce médecin, ont tous guéri. Chez trois, M. Maunoir donna :

℞ Looch blanc.......... n° 1. | Sulfure de potasse. 0,60 à 0,90 gram.

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures; et, de plus, quelques vomitifs.

La médication fut donc complexe :

Chez le quatrième sujet, le traitement consista uniquement dans l'administration du sulfure de potasse. Celui-là seul serait concluant. Mais l'enfant, eut-il des vomissements?

Pour moi, les faits rapportés par un aussi habile observateur que M. Maunoir ont une grande importance; mais ils ne sont encore ni assez nombreux, ni, je pense, assez concluants, pour nous faire changer complétement d'opinion.

Polygala. Une autre substance qui a joui d'une grande réputation est le *polygala senega.* Ce médicament, mis d'abord en usage par Archer, du comté de Hardfort, dans le Maryland, fut bientôt adopté par une foule de praticiens; mais les expériences nombreuses qui ont été faites dans tous les pays ne sont guère de nature à porter la conviction dans un esprit sévère. Archer administrait, en même temps que le polygala, le calomel, les diaphorétiques, l'*émétique*, et ordinairement même il commençait le traitement par la saignée. Or cet exemple ayant été suivi par tous les médecins qui ont fait usage de ce moyen, comment faire la part de la substance expérimentée? On peut lire à ce sujet les réflexions très sages de M. Bricheteau (*loc. cit.*, p. 406), qui n'accorde au polygala senega qu'une action semblable à celle des préparations scillitiques, bien différent en cela de Caillau, qui le place parmi les moyens héroïques!

Cependant il faut remarquer que le polygala senega a une action vomitive et purgative assez prononcée, et que, sous ce rapport, il se rapproche du médicament dont jusqu'ici l'efficacité nous a paru la plus prononcée : le tartre stibié. Aussi M. Bretonneau a-t-il conservé au polygala une place dans la médication interne de la diphthérite. Il l'administre comme produisant « une action spéciale sur la membrane phlogosée des canaux aérifères, dont elle active et modifie la sécrétion. » (*Loc. cit.*, p. 241.) Voici comment le polygala était administré par John Archer :

℞ Polygala senega concassé.. 15 gram. | Eau de fontaine........... 240 gram.

Faites bouillir dans un vaisseau clos jusqu'à réduction de 120 gram.

A prendre par cuillerées à café, toutes les heures ou toutes les demi-heures, selon l'intensité des symptômes.

On peut administrer tout simplement le polygala ainsi qu'il suit, et il a même alors une vertu vomitive plus forte, l'eau ne dissolvant qu'imparfaitement son principe actif :

℞ Polygala senega....... 0,20 gram. | Eau.................... 4 gram.

Délayez la poudre, et administrez-la.

Sels alcalins. Je dirai peu de chose des médicaments de cette espèce, qui ne sont guère usités aujourd'hui. En les administrant, on avait pour but de dissoudre la fausse membrane. Rechou employait le *sous-carbonate d'ammoniaque* à l'intérieur et à l'extérieur; mais cette substance, dont l'usage n'est pas sans danger, fut bientôt abandonnée. Chamerlat (1) cite plusieurs cas où il prescrivit avec succès un gargarisme ou un collutoire fait avec l'*hydrochlorate d'ammoniaque;* mais ce traitement se rapprochant de la médication topique, je le rappellerai plus loin. M. Mouremans (2) a rapporté un cas de guérison de laryngite pseudo-membraneuse survenue dans le cours d'une rougeole, et qui fut traitée par le *bicarbonate de soude.* Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien les faits sont insuffisants pour servir de base à un jugement sûr. Tout ce que nous pouvons constater, c'est que l'opinion générale accorde peu de confiance à ces médicaments. Voici toutefois la formule de M. Mouremans :

℞ Bicarbonate de soude... 2,50 gram. | Eau de laitue........... 120 gram.

Faites dissoudre ; ajoutez :

Sirop de mûres.............................. 30 gram.

A prendre par cuillerées à café, toutes les cinq minutes.

Préparations mercurielles. L'action du mercure se faisant sentir d'une manière remarquable sur la muqueuse de la bouche et de la gorge, on a dû être tout d'abord porté à employer cette substance dans une maladie qui a pour siége la dernière de ces parties; aussi presque tous les praticiens ont-ils recommandé fortement son emploi.

Suivant M. Bricheteau, Thomas Rond, de Philadelphie, passe pour avoir le premier donné le calomel dans le croup. Cette pratique fut bientôt adoptée non seulement en Amérique, mais en Europe. Parmi ceux qui s'empressèrent de l'employer, Autenrieth se distingue par son extrême confiance dans le calomel, et par les doses

(1) *Journ. de méd. de Corvisart*, t. XXVII.
(2) *Encyclop. des Sciences médic.*, 1839.

considérables qu'il en donnait, dans le but de déplacer l'irritation et de la porter sur l'intestin. Nous examinerons les faits tout à l'heure.

Calomel. Existe-t-il quelques cas de véritable croup guéris par l'emploi du calomel seul ? Je ne le pense pas. Cependant, je le répète, les médecins les plus distingués n'ont pas hésité à lui donner une des premières places parmi les substances destinées à combattre cette maladie. Je me vois donc dans la nécessité de m'en rapporter aux opinions des auteurs, ne trouvant dans leurs observations rien qui puisse me faire apprécier rigoureusement la valeur du remède.

C'est comme provoquant un afflux considérable de liquide vers la gorge, et comme rendant, par là, la fausse membrane moins tenace et moins prompte à se produire, qu'on a principalement administré le calomel. Pour obtenir ce résultat, il faut le donner à doses fractionnées et médiocrement considérables ; on s'en tiendra donc, comme le recommande M. Guersant, à la dose de 25 à 30 milligrammes toutes les demi-heures.

Cette manière d'administrer le protochlorure de mercure n'est pas sans danger. M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 196) a, par ses observations et ses expériences, mis ce fait hors de doute. Il a vu 0,15 grammes de cette substance produire la salivation, et 0,25 grammes, divisés en trois doses égales et pris *dans l'espace de six jours*, déterminer, outre la salivation, des ulcérations couenneuses dans la bouche, rebelles pendant plusieurs semaines à la thérapeutique la plus variée. Le praticien doit donc être bien prévenu de la possibilité de ces accidents, afin de surveiller avec le plus grand soin l'action du remède.

Ce qui me paraît prouver que c'est effectivement à dose faible que le protochlorure de mercure a ces inconvénients, c'est qu'on ne les trouve pas mentionnés dans les écrits des médecins qui, comme Physick, Autenrieth et J. Hamilton, donnaient ce médicament à dose élevée. J. Hamilton prescrivait les doses suivantes :

Aux enfants d'un an.. 0,10 gram. toutes les heures.	Aux enfants de deux ans...... 0,13 gram.
	de trois ans...... 0,15 gram.

et ainsi de suite.

Autenrieth en a donné jusqu'à 2 *grammes en vingt-quatre heures* à un enfant de cinq ans et demi.

Je crois que c'est ici le lieu d'indiquer le traitement de M. le docteur Krauss, qui renferme un certain nombre des moyens que je viens de passer en revue.

M. Krauss (1) prescrit d'abord la potion suivante :

♃ Kermès minéral.........	0,60 gram.	Hydrochlorate d'ammoniaque.	1,25 gram.
Sulfure de potasse........	0,75 gram.	Teinture de cantharides.....	» » (2)
Sirop de polygala.........	30 gram.		

Prendre toutes les demi-heures une cuillerée à thé de cette potion.

Plus tard, M. Krauss prescrit :

♃ Calomel............	0,40 gram.	Sucre blanc...............	4 gram.

Divisez en huit prises, dont on administrera une toutes les heures.

L'auteur affirme que, par ce traitement, il guérit la plupart de ses malades ; mais ne l'a-t-il pas appliqué quelquefois au pseudo-croup ?

(1) *Traité sur le croup.*

(2) Dans le *Journal de méd. et de chir. prat.*, où je prends cette formule, je trouve 60 gram. de teinture ; mais cette quantité est si grande, qu'il peut y avoir erreur, c'est pourquoi je la laisse en blanc.

M. Miquel (d'Amboise) (1) donne, dans les cas de croup avec ou sans angine couenneuse, toutes les heures, alternativement, 10 centigrammes de calomel, et 15 centigrammes d'alun. C'est à l'intoxication mercurielle qu'il rapporte principalement les bons effets de ce traitement.

Frictions mercurielles. C'est aux mêmes titres qu'on a conseillé les frictions mercurielles, et il n'est pas permis de se prononcer plus positivement sur leur efficacité. On les pratique ordinairement sur les parties latérales du cou ; cependant le docteur Couch (2) les fait faire sur la partie interne des cuisses, et son but est de déterminer promptement la salivation, en opérant sur une grande surface. Quel que soit le lieu que l'on choisira, on agira de la manière suivante :

1° *Chez un enfant d'un an :*

♃ Cérat simple.......... 2 gram. | Onguent mercuriel....... 1 gram.

Pour une friction pratiquée pendant deux minutes, et renouvelée trois fois par jour.

2° *Chez un enfant de deux à quatre ans :*

♃ Cérat simple......... 4 gram. | Onguent mercuriel...... 4 gram.

Mêlez. Pour trois frictions de trois minutes de durée, dans les vingt-quatre heures.

3° *Au-dessus de cet âge :*

On emploiera de 2 à 4 ou 6 grammes d'onguent mercuriel pur, pour chaque friction, et l'on pourra augmenter la dose suivant les cas.

Le médecin devra toujours surveiller l'état de la bouche, afin de prévenir, s'il est possible, une salivation trop abondante.

Topiques irritants appliqués sur la peau. Il est rare qu'en même temps qu'on emploie les médicaments précédents, on n'ait pas recours à quelques applications irritantes sur une partie du corps plus ou moins éloignée de l'organe malade. Quelques praticiens ont même accordé une très grande importance à ces applications, que je vais passer rapidement en revue.

Vésicatoires. Desessartz est un de ceux qui ont le plus vanté ce moyen. Suivant lui (*loc. cit.*, p. 53), « le vésicatoire, placé dans le principe après le second et le troisième accès, mettrait à l'abri, non seulement des progrès de la maladie, mais encore de sa continuité et de sa récidive. » Il est bien à craindre que cet auteur n'ait eu en vue, quand il a écrit ces lignes, que des cas de pseudo-croup, car si l'on parcourt avec attention les observations publiées même par les médecins qui ont accordé une valeur assez grande au vésicatoire, on ne trouve pas un seul cas où l'on puisse attribuer la guérison à ce moyen. Cependant le vésicatoire est généralement adopté, sans doute parce qu'on a pensé que son action devait favoriser celle des autres remèdes. Parmi les médecins bien peu nombreux qui le repoussent, il faut citer M. Couch (*loc. cit.*), qui le regarde comme inefficace, et par conséquent inutile dans un danger pressant. Quant à M. Bretonneau, sans le négliger, il ne lui accorde qu'une influence limitée.

On s'est demandé dans quel point on devait de préférence appliquer les vésicatoires, et presque tous les praticiens ont choisi le point le plus rapproché du siége

(1) *Lettre adressée à Messieurs de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire ;* Tours, 1849.
(2) *The Annals of med. and surg.*, vol. I; 1817.

du mal. Ainsi c'est au cou (sur les parties latérales et à la nuque, afin de laisser la région laryngée libre dans le cas où il faudrait recourir à la trachéotomie) et à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, qu'on doit placer l'emplâtre vésicant.

On cherche généralement à multiplier l'action du vésicatoire, en renouvelant son application, plutôt qu'à produire une forte vésication en le laissant à demeure. Voici les précautions que recommande M. Bretonneau (*loc cit.*, p. 237 et suiv.) :

VÉSICATION SUPERFICIELLE, PROCÉDÉ DE M. BRETONNEAU.

L'emplâtre vésicant étant préparé comme à l'ordinaire, enduisez-le d'une couche d'huile assez épaisse pour dissoudre le principe irritant, mais non pas assez pour couler sur la peau, car la vésication s'étendrait au delà des limites. Recouvrez-le ensuite d'une feuille de papier Joseph qui s'imbibera de l'huile vésicante, et appliquez le tout sur le point que vous aurez désigné Au bout de six à sept heures, vous aurez un effet très marqué. N'attendez pas que la phlyctène soit formée ; une rougeur notable et une légère mobilité de l'épiderme suffisent. Si la phlyctène est formée, ou si elle se forme plus tard, ce qui a lieu assez souvent, ne l'ouvrez pas tout entière et n'enlevez pas l'épiderme, mais faites de petites mouchetures pour l'écoulement de la sérosité, et pansez par-dessus l'épiderme soulevé.

Ces précautions, qui peuvent paraître minutieuses au premier abord, ont néanmoins leur importance ; car on a vu des vésicatoires s'enflammer, se couvrir de fausses membranes, et, par le mouvement fébrile qu'ils causaient nécessairement, augmenter la gravité du mal.

A *quelle époque* de la maladie faut-il appliquer les vésicatoires ? La plupart des médecins n'y ont recours qu'après l'emploi des saignées et des vomitifs ; et, en l'absence de toute démonstration directe, on doit, par les considérations que je viens de présenter, regarder cette pratique comme la plus sage.

Sinapismes, *pédiluves sinapisés*. A l'égard des sinapismes, on lit dans le précieux travail de M. Bricheteau (p. 391) qu'Albers et Royer-Collard affirment avoir sauvé chacun un enfant par l'application prolongée des sinapismes aux pieds et aux jambes. Mais la question du diagnostic revient ici plus grave que jamais ; et d'ailleurs nous ne pouvons pas apprécier le reste de la médication, car il n'est rien moins que probable que ces médecins aient borné leur traitement à la simple application des sinapismes. Il faut reconnaître, avec M. Bretonneau, que l'action de ce moyen est sans aucun rapport avec l'intensité de la maladie, et le placer parmi les simples adjuvants. J'en dis autant des *pédiluves sinapisés.*

Antispasmodiques et narcotiques. Avant que la distinction entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse fût bien établie, on a dû nécessairement regarder les antispasmodiques comme avantageux, puisqu'ils avaient pour effet de calmer les accès de la première de ces deux maladies ; aussi ne faut-il pas s'étonner que les premiers praticiens les aient chaudement recommandés. Aujourd'hui on ne peut leur attribuer qu'une valeur bien secondaire, et c'est pourquoi je me bornerai à dire qu'on a mis en usage le *camphre*, le *musc*, l'*assa fœtida*, le *zinc*, l'*éther*, etc., etc., renvoyant à l'article *Pseudo-croup* pour les détails de l'administration de ces médicaments.

Sans placer les *narcotiques* au rang des remèdes importants dans le traitement du croup, je crois qu'on peut leur accorder un peu plus de valeur qu'aux antispasmodiques. Ils ont pour effet de rendre le besoin de respirer moins impérieux, et de procurer aux malades un sommeil plus calme, effet dont il est inutile de signaler les avantages. L'*opium*, le *datura stramonium* et la *belladone* sont les trois substances qu'on doit employer de préférence. J'indiquerai les doses dans les ordonnances.

De quelques autres médicaments proposés par divers auteurs. Si l'on voulait parler en détail de tous les remèdes opposés à la maladie qui nous occupe, il faudrait entrer dans des développements aussi longs qu'inutiles. J'ai exposé jusqu'à présent les principaux, à part la *cautérisation* et la *trachéotomie;* je me contenterai d'indiquer les suivants : les *lavements vinaigrés*, principalement recommandés par Autenrieth; les *sternutatoires;* les *affusions froides*, dont l'action n'a pas été rigoureusement appréciée, et que MM. Barthez et Rilliet (1) ne conseillent que dans les cas désespérés; le *quinquina;* le *galvanisme;* les *sudorifiques*, etc., etc. La médication du croup est assez encombrée pour qu'on n'insiste pas sur des moyens dont l'efficacité est aussi problématique.

MÉDICATION TOPIQUE.

Caustiques liquides. C'est à M. Bretonneau qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir popularisé cette médication qui, dans un certain nombre de cas, a eu l'avantage, soit d'arrêter la fausse membrane dans sa progression vers le larynx, soit de provoquer son expulsion lorsqu'elle y était parvenue, soit enfin de modifier l'inflammation spéciale qui caractérise la laryngite pseudo-membraneuse. On avait sans doute employé, avant lui, certains topiques irritants dans les maux de gorge de mauvais caractère; mais M. Bretonneau, en montrant que, dans un grand nombre de cas, l'inflammation diphthéritique marchait du pharynx au larynx, nous apprit le premier à borner les effets de cette inflammation en l'attaquant à sa source.

C'est l'*acide hydrochlorique* qui fut d'abord mis en usage par ce célèbre praticien, et voici les préceptes qu'il donne pour son application (*loc. cit.*) :

1° CAUTÉRISATION PAR L'ACIDE HYDROCHLORIQUE, PROCÉDÉ DE M. BRETONNEAU.

Prenez une éponge fine, qui, humectée et ensuite bien essuyée, doit avoir, *pour un adulte*, le volume d'un œuf de pigeon, un tiers de moins *pour un enfant de dix ans*, et moitié moins *pour un enfant moins âgé.* Crispée par l'action de l'acide, et convenablement exprimée, cette éponge se trouve réduite à presque la moitié de son volume.

Fixez-la sur une baleine flexible, de la manière suivante : Fendez-la crucialement (2) à sa petite extrémité, et introduisez dans l'incision l'extrémité de la baleine, sur laquelle vous la fixerez solidement avec de bonne cire à cacheter (3).

(1) *Traité des maladies des enfants*, p. 361.
(2) CHARCELAY, dans *Gaz. med.*, t. VII, p. 409.
(3) Je pense qu'il vaut mieux faire une rainure circulaire à l'extrémité de la tige, et fixer l'éponge

Chauffez et ramollissez au feu la tige de baleine, afin de lui donner une courbure qui vous permette de porter le caustique dans l'arrière-gorge, sans aller toucher le palais.

Ces préparatifs étant faits, placez le malade sur une chaise, ou bien faites-le asseoir dans son lit, la face tournée vers une fenêtre ou vers la lumière d'une bougie. Un aide maintiendra la tête en arrière et fixée contre sa poitrine.

Alors imbibez l'éponge d'acide concentré, et pressez-la de manière à ce qu'elle reste simplement humectée (1), si l'on aperçoit dans le pharynx les limites de la pseudo-membrane. Mais si celle-ci est déjà hors de la portée de la vue, mêlez le caustique à une quantité égale de miel, et imbibez davantage l'éponge, afin que le liquide se répande, autant que possible, sur toutes les parties affectées.

Abaissez ensuite la langue avec une cuiller tenue de la main gauche, et, portant rapidement l'éponge dans l'arrière-gorge, cautérisez légèrement, si le mal est borné au pharynx et si vous vous servez d'acide concentré. Si, au contraire, l'inflammation diphthéritique a gagné le larynx, tâchez de porter dans sa cavité le caustique adouci, en prenant les précautions suivantes :

Portez l'éponge au-dessus de la glotte, en relevant fortement l'extrémité que vous tenez à la main, puis exprimez quelques gouttes de liquide en exerçant un mouvement rapide de compression sur la base de la langue. Répétez cette manœuvre trois ou quatre fois de suite, afin de faire ruisseler une quantité suffisante de caustique sur la muqueuse laryngée.

La cautérisation sera faite une fois ou deux par jour, suivant les cas.

M. Bretonneau fait remarquer que si l'application caustique est réitérée à de trop courts intervalles, elle peut produire une ulcération qui se recouvre d'une concrétion blanchâtre, et tarde plus ou moins à se cicatriser. Il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin de ne pas prendre une ulcération semblable pour le résultat de la maladie, et de ne pas prolonger, sans utilité, le traitement.

Nitrate d'argent. Ce caustique est celui qu'on emploie le plus fréquemment aujourd'hui. M. Bretonneau lui-même y a recours, comme on peut le voir dans l'observation de M. Charcelay. M. Guersant reproche à cette substance de produire par elle-même une fausse membrane, ce qui en effet peut paraître, au premier abord, redoutable. Mais si l'on remarque que dans aucune observation on ne voit cette fausse membrane accidentelle se développer d'une manière évidente et donner lieu à quelques accidents, on sera rassuré sur les suites d'une cautérisation qui mérite réellement la préférence qu'on lui accorde, par son efficacité et son innocuité. Cette cautérisation est en effet superficielle ; l'excédant du liquide est bientôt décomposé par les mucosités, et son action sur la muqueuse, assez considérable pour modifier l'inflammation, ne l'est pas assez pour produire la désorganisation qu'on a à craindre de la part des acides concentrés.

sur la baleine avec un fil ciré que l'on recouvre ensuite de cire à cacheter, pour qu'il ne soit pas détruit par l'action de l'acide concentré.

(1) M. Bretonneau prend cette précaution, afin que, dans les mouvements convulsifs de l'isthme du gosier, le liquide exprimé n'étende pas son action au delà du point qu'il veut cautériser. De cette manière, il est plus facile de diriger l'action du caustique et de la graduer, qu'en l'affaiblissant avec diverses proportions de miel.

2° CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT.

La manière d'appliquer ce caustique est la même que celle qui a été décrite plus haut ; seulement, l'éponge ne se crispant point, il faut la choisir un peu moins grosse. Quant aux *doses*, elles sont très variables, suivant les auteurs. Voici celle qui fut mise en usage par MM. Bretonneau et Charcelay (*loc. cit.*) chez un adulte :

♃ Nitrate d'argent..... 15 gram. | Eau distillée......... 45 gram.

Dissolvez. Faites une cautérisation deux ou trois fois par jour.

La quantité de nitrate d'argent est, comme on le voit, proportionnellement très considérable ; souvent on élève beaucoup moins la dose. Ainsi M. Marrotte (*loc. cit.*) a employé la formule suivante :

♃ Nitrate d'argent..... 2 à 3 gram. | Eau distillée........... 16 gram.

Dissolvez.

C'est au praticien à graduer la force du caustique, suivant l'effet produit.

Plusieurs autres caustiques ont été mis en usage : ainsi, on a employé l'*acide sulfurique* et le *nitrate acide de mercure*. Ces acides agissent comme l'acide hydrochlorique, et doivent être appliqués de la même manière.

Caustiques pulvérulents ; cathérétiques. Parmi ces médicaments, il faut citer en première ligne l'*alun*, qui a été adopté par quelques médecins avec tant d'enthousiasme, qu'on a été jusqu'à lui donner le nom de *poudre anticroupale*. Déjà Arétée, Carnevale et les auteurs du XVI° siècle cités par M. Bretonneau avaient recommandé cette substance ; mais c'est à ce dernier qu'on doit de l'avoir fait entrer définitivement dans la thérapeutique du croup.

L'alun est employé sous forme pulvérulente et en insufflations. M. Bretonneau a inventé à cet effet un instrument dont j'ai donné plus haut la description (*voyez* p. 132), mais qu'on peut remplacer par un tube de verre ou par un roseau, à la manière d'Arétée (*voy.* p. 132). Néanmoins on ne doit pas faire faire des *aspirations pulvérulentes* aux malades, comme dans la laryngite chronique, la maladie trop grave ne le leur permettant pas. C'est donc le médecin, ou la personne qui donne des soins au malade, qui insufflera la poudre. L'insufflation aura lieu trois ou quatre fois par jour, et chaque fois on emploiera au moins *un gramme* de poudre d'alun.

M. Bretonneau a plusieurs fois obtenu du succès de l'application de l'alun, lorsque la fausse membrane n'avait pas atteint le larynx ; mais on ne peut pas, même dans ces cas, attribuer uniquement la guérison à ce médicament ; car beaucoup d'autres moyens énergiques avaient presque toujours été employés concurremment. Dans ceux où la fausse membrane est encore bornée au pharynx, on peut *toucher* les parties malades avec la poudre d'alun, sans employer l'insufflation ; pour cela il suffit de couvrir l'extrémité du doigt indicateur, préalablement humectée, d'une couche épaisse d'alun qu'on promène ensuite rapidement sur le pharynx. On pourrait aussi se servir d'une tige entourée à son extrémité d'un tampon de linge fin.

Les *chlorures de chaux* et *de soude* secs et pulvérulents pourront être employés de la même manière, mais les insufflations devront être poussées avec un peu

moins de force, et l'on n'élèvera pas autant la dose du médicament ; 30 ou 40 *centigrammes* suffiront pour une insufflation.

Préparations mercurielles. Le *calomel* est, de toutes ces préparations, celle qu'on met le plus fréquemment en usage. On peut toucher directement le pharynx avec cette substance, lorsque la fausse membrane y est encore limitée ; mais lorsque le larynx est envahi, il faut avoir recours à l'insufflation. On prend :

Calomel.............. 1 gram. | Sucre en poudre....... 20 gram.

Mêlez. Pour chaque insufflation, introduisez dans le tube, ou l'instrument de M. Guillon, une forte pincée de cette poudre, et poussez-la avec force dans l'arrière-gorge, en choisissant, autant que possible, le moment où le malade fait une inspiration, ce qui entraîne le médicament dans le larynx.

Le *précipité rouge* a également été employé par M. Trousseau à la dose suivante :

℞ Précipité rouge......... 1 partie. | Sucre candi en poudre.... 12 parties.

Mêlez exactement. Pratiquez les insufflations comme il vient d'être dit.

Quelle que soit l'utilité de ces médicaments topiques, on ne peut leur accorder qu'une confiance très limitée, car il n'y a pas d'exemple qu'ils aient procuré la guérison sans le concours d'une autre médication très active. Pendant que les autres remèdes agissent, ils servent à borner l'inflammation et à la modifier ; mais il est douteux que par eux seuls on puisse se rendre maître du mal. D'ailleurs on ne doit pas oublier qu'ils ont une valeur très différente suivant les cas. Si, par exemple, dans une épidémie de croup, on voyait, comme M. Boudet (*loc. cit.*) en a cité un cas remarquable, la pseudo-membrane descendre lentement du pharynx vers le larynx, on devrait recourir aux caustiques et aux cathérétiques, avec d'autant plus de confiance que, dans des cas semblables, on a, sinon très certainement, du moins très probablement, empêché la maladie de devenir mortelle, en la fixant dans le pharynx et en lui fermant l'entrée des voies respiratoires.

Reste une dernière question : *Quel est, parmi ces médicaments, celui qu'il faut choisir ?* La réponse est difficile, car aucun auteur n'a recherché la valeur thérapeutique proportionnelle de ces diverses substances ; omission qui n'est que trop fréquente. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'une solution concentrée de nitrate d'argent remplit très bien toutes les conditions, et offre moins de danger que les acides. Mais les préparations mercurielles, comment agissent-elles ? C'est encore là une question que s'est adressée M. Bretonneau, à propos du calomel, et qu'il n'a pu résoudre. Cependant il n'est pas éloigné de croire que le calomel agit uniquement comme topique, quand on le porte directement sur la muqueuse malade. La preuve, c'est qu'on détermine bien plus facilement la salivation par les frictions sur la peau que par l'insufflation de la substance. Ce sont là des points obscurs que nous devons peu espérer de voir éclairer ; car, dans une maladie comme le croup, où il faut agir si vite et si vigoureusement, on n'a guère la facilité de faire des expériences concluantes.

Résumé ; ordonnances. Avant d'aborder la grande question de la trachéotomie, résumons le traitement si compliqué qui vient d'être exposé, et, dans quelques ordonnances, établissons comment on doit se conduire dans les différents cas.

Je suppose qu'un médecin est appelé auprès d'un enfant ou d'un adulte vigou-

reux et chez lequel la pseudo-membrane ne paraît pas encore avoir gagné le larynx; on agira ainsi qu'il suit :

Ire Ordonnance.

CHEZ UN SUJET FORT, LA FAUSSE MEMBRANE ÉTANT ENCORE BORNÉE AU PHARYNX.

1° Pour boisson, infusion de violette sucrée.

2° *Pour un adulte :* Une saignée de 350 *grammes*, et 25 sangsues sur les côtés du cou. *Pour un enfant de dix à douze ans :* Saignée de 200 à 250 *grammes*, 10 sangsues. *Pour les enfants moins âgés :* De 2 à 8 *sangsues*, suivant l'âge.

3° Deux fois par jour, une cautérisation avec l'acide hydrochlorique concentré (*voy.* p. 191), ou mieux avec une forte dissolution de nitrate d'argent (*voy.* p. 193).

4° Frictions mercurielles sur les côtés du cou. *Chez l'adulte*, on emploiera l'onguent mercuriel pur; *chez les jeunes enfants*, on le mêlera à un tiers ou moitié de cérat simple. Ces frictions seront faites matin et soir.

5° ℞ Tartre stibié........ 0,10 gram. | Eau................. 65 gram.
Sirop d'ipécacuanha.. 35 gram.

Mêlez.

Cette potion sera prise par grandes cuillerées par *les adultes* et les enfants âgés de plus de dix ans, et par demi-cuillerées par les enfants plus jeunes.

Il faut la renouveler dès qu'elle est finie, afin d'avoir un vomissement non interrompu.

6° Sinapismes aux jambes.

7° Diète absolue.

Par ces moyens, employés avec persévérance, on a, à n'en pas douter, préservé des enfants de l'invasion de laryngites très dangereuses, et c'est ce qui me paraît avoir eu lieu dans les cas cités par M. Marrotte.

IIe Ordonnance.

CHEZ UN SUJET FORT, LA PSEUDO-MEMBRANE AYANT GAGNÉ LE LARYNX.

1° Infusion de bourrache sucrée.

2° Appliquer sur chaque côté du cou un vésicatoire suivant le procédé de M. Bretonneau (*voy.* p. 190).

3° Saignée comme dans l'observation précédente; ventouses scarifiées à la nuque.

4° Émétique, *idem ;* ou bien :

℞ Sulfate de cuivre. 0,10 à 0,15 gram. | Sucre de lait.............. 1 gram.

Faites prendre cette dose en une seule fois, dans un verre de tisane.

Puis donnez toutes les demi-heures :

Sulfate de cuivre...... 0,025 gram. | Sucre de lait.......... 0,50 gram.

jusqu'à ce que les fausses membranes soient complétement expulsées et la respiration libre.

5° Cautériser comme dans le cas précédent, mais en ayant bien soin de presser l'éponge contre l'ouverture supérieure du larynx :

Insufflations de calomel, deux ou trois fois par jour.

6° Frictions sur la partie supérieure du sternum, avec :

℞ Calomel...............	5 gram.	Axonge.................	25 gram.

Mêlez.

7° Sinapismes et diète, *ut suprà*.

Il est des cas où, malgré le danger, le traitement ne peut pas être aussi énergique : c'est lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants, ou de sujets affaiblis par une maladie quelconque, comme on ne le voit que trop souvent. Alors on a recours à l'ordonnance suivante :

IIIe Ordonnance.

ENFANT TRÈS JEUNE, OU SUJET AFFAIBLI.

1° Se borner aux saignées locales : appliquer de 2 à 12 sangsues, suivant l'âge.

2° Donner les vomitifs suivant la formule de Desessartz (voy. p. 183).

3° Frictions mercurielles, deux fois par jour, sur la partie interne des cuisses. (Couch.)

4° Toutes les demi-heures, administrez, dans une cuillerée de tisane, la poudre suivante :

℞ Calomel....	0,025 à 0,050 gram.	Sucre en poudre.......	0,50 gram.

Mêlez.

5° Un vésicatoire sur la partie supérieure du sternum.

6° Cautérisation, et insufflations de calomel *ut suprà*. Ou bien : insufflations d'alun en poudre très fine.

7° Diète absolue.

Je n'ai indiqué, dans ces ordonnances, que la conduite à tenir lorsqu'on est appelé auprès du malade. Est-il nécessaire maintenant de dire ce qu'il faut faire les jours suivants? Non, sans doute; car c'est toujours sur la même médication qu'il faut insister, en la subordonnant toutefois à l'état du malade, que le médecin seul peut apprécier. C'est à lui de voir si les forces permettent de répéter la saignée, si le vésicatoire doit être renouvelé et multiplié, etc. Mais il est un précepte général qu'on peut tracer sans crainte, c'est que la médication doit être toujours très énergique et éminemment perturbatrice, car l'affection est des plus graves.

Je n'ai point, dans ces ordonnances, rappelé plusieurs médicaments, tels que le *sulfure de potasse*, le *polygala senega*, etc. Je n'ai pas cru la chose utile, parce que l'efficacité de ces remèdes a besoin de nouveaux faits pour être parfaitement démontrée. Au reste, on peut recourir aux détails que j'ai donnés plus haut.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS DE CROUP.

1° Coucher le malade de manière qu'il ait la tête un peu plus élevée que le reste du corps.

2° Débarrasser la poitrine et le cou de tous les liens qui pourraient gêner ces parties.

3° Entretenir dans la chambre une température douce ; préserver le malade des courants d'air.

4° Lui donner souvent à boire, pour éviter la sécheresse de l'arrière-gorge et introduire une grande quantité d'eau dans l'économie.

TRACHÉOTOMIE.

Me voici parvenu à une question thérapeutique bien importante, et qui, avant ces dernières années, a soulevé bien des discussions. Il est donc nécessaire de l'examiner dans tous ses détails.

La trachéotomie a été, comme le fait remarquer Guersant, indiquée, dès la plus haute antiquité, dans le traitement des angines graves ; et Stoll n'a pas été plus loin que ses devanciers, car lui-même (1) ne recommande cette opération que dans les cas d'*angine inflammatoire*, sans préciser davantage le diagnostic. Il restait donc à l'appliquer spécialement aux cas de croup, et c'est à F. Home qu'on doit rapporter cet honneur, quoique cet auteur n'ait eu l'idée de pratiquer l'opération que dans le but d'arracher la fausse membrane. Il dit (*loc. cit.*, p. 60) : « Lorsque la fausse membrane est complétement formée, et qu'elle a acquis un certain degré de consistance, il me paraît impossible qu'aucun médicament, tant interne qu'externe, puisse la résoudre ou l'expulser des voies aériennes. Le seul moyen que nous ayons alors de sauver la vie au malade, est de tenter l'*extraction de cette membrane*, en faisant une incision à la trachée-artère. » Après Home, d'autres médecins ont parlé dans le même sens, mais il restait à mettre en pratique ce qui n'était encore que conseillé. Borsieri (2) cita un cas d'opération suivie de succès, et pratiquée par Andree en 1782. Mais après avoir lu cette observation, ainsi que la version qui en a été donnée par le docteur White en 1784, on n'est pas parfaitement convaincu qu'il y eût un véritable croup. En effet, d'après Locatelli, qui avait communiqué à Borsieri tous les renseignements, il ne sortit qu'un flot de pus à l'ouverture de la trachée, et l'on ne découvrit pas dans la suite la moindre trace de fausse membrane. Quant à White, il ne fait aucune mention de l'existence de la fausse membrane dans son observation, qui d'ailleurs présente ceci d'incroyable, que l'*enfant, aphone avant l'incision de la trachée, recouvra une voix forte après cette incision*. Il n'en faut pas davantage pour jeter le plus grand discrédit sur un fait.

Quoi qu'il en soit de l'exactitude de ce diagnostic, la question restait toujours indécise ; et la preuve, on la trouve dans la polémique qu'eut à soutenir Caron à l'époque du grand concours. Cet auteur avait pratiqué une fois la trachéotomie, mais sans succès ; il n'en proclama pas moins avec ardeur les avantages de l'opération, et l'on sait quelles contradictions il trouva partout.

Malgré ces préceptes, auxquels on n'obéissait pas ; malgré ces essais infructueux ou inaperçus, on peut dire que la trachéotomie appliquée à la laryngite pseudo-membraneuse était une opération nouvelle, lorsque M. Bretonneau osa la pratiquer, et obtint, après deux tentatives malheureuses qui auraient infailliblement rebuté un médecin moins courageux, un éclatant succès sur un enfant qui allait succomber. Il put se dire alors qu'il venait de doter la thérapeutique du croup d'un moyen qui pouvait arracher les malades à une mort certaine. On aime d'au-

(1) *Aphor. de cogn. et cur. febr.*; Vind., 1786, aph. 107 et 109.
(2) *Instit. med. pract.*; Lipsiæ, 1798.

tant plus à rendre cette justice à M. Bretonneau, que ce célèbre praticien a raconté les faits avec une simplicité et une modestie peu communes.

Dès lors M. Bretonneau, et un bon nombre de médecins encouragés par son exemple, n'hésitèrent plus à pratiquer la trachéotomie toutes les fois qu'elle leur parut indiquée, et aujourd'hui les succès sont trop nombreux pour qu'on songe à défendre cette opération autrement que par des chiffres. Le nombre des succès obtenus seulement en France est considérable, et, on peut le dire sans crainte, presque égal à celui qu'on doit à tout autre moyen. Cette proposition surprendra sans doute les médecins qui ont présents à l'esprit les faibles chiffres de mortalité donnés par Albers, Jurine, Vieusseux, etc.; mais qu'on n'oublie pas que le diagnostic de ces auteurs est peu précis, et que par conséquent il est certain qu'un bon nombre de pseudo-croups font partie des guérisons nombreuses qu'ils ont obtenues, car ces pseudo-croups étaient pour eux des croups.

Quant à moi, pour éclairer cette question, j'ai rassemblé d'abord 54 observations dans lesquelles le diagnostic n'était nullement douteux, car la maladie était caractérisée par l'aphonie, la respiration sifflante, et l'expulsion de lambeaux membraneux ou leur présence dans le larynx après la mort, et j'ai trouvé 17 guérisons bien constatées, sans opération (1). Puis, examinant ce qui se passe dans les cas de trachéotomie, j'ai vu, avec M. Bricheteau, que la trachéotomie réussit presque *une fois sur trois*, proportion tout à fait semblable à celle que je viens d'indiquer.

Mais il est une considération d'une bien plus grande valeur et qui donne une tout autre importance à la trachéotomie : c'est que, dans l'immense majorité des cas, cette opération a été pratiquée dans les circonstances les plus défavorables, lorsque toutes les autres médications étaient restées sans effet, et lorsque la gravité des symptômes et l'imminence de l'asphyxie annonçaient une mort prochaine. Qui ne voit qu'une seule guérison, dans de semblables circonstances, a bien plus de poids que plusieurs autres obtenues dans des cas où l'on a pu, dès le début, employer toutes les ressources de l'art ? D'où il suit que la trachéotomie doit être regardée, relativement au croup, comme une véritable conquête médicale dont l'honneur appartient à M. Bretonneau, et toutes les préventions doivent tomber devant les faits. On est donc peu surpris de voir, dans ces dernières années, cette opération devenir très fréquente et recevoir l'approbation des meilleurs esprits. Je pourrais citer les succès obtenus par MM. Gendron, Senn, Petel, Maslieurat-Lagémard, Robert Latour (2), Morand (de Tours) (3), Siccateau (4),

(1) Je ne prétends pas dire, tant s'en faut, que ce chiffre exprime la proportion des guérisons sans trachéotomie. Nous savons tous que les cas de guérison sont publiés avec empressement, et que les cas de mort sont le plus souvent passés sous silence. Mais il n'était pas sans importance de montrer que les guérisons de laryngite pseudo-membraneuse bien confirmée sont bien plus nombreuses que ne le pense Guersant, qui avance (*loc. cit.*) que les guérisons sont très rares dans la deuxième période, et presque nulles dans la troisième. J'ai été très sévère dans le choix de ces observations, dont je vais donner l'indication : Double, *Traité du croup*, obs. II, III, VI ; Blaud, *Nouv. bibl. méd.*, obs. III, VI ; Poussin, *Journ. méd.*, obs. III, t. XXII ; Terrade, *id.*, obs. II, t. XXI ; Brulatour, *Rev. méd.*, t. I ; Deville, *Journ. gén.*, obs. II, t. CX ; Hastron, *Thèse*, Paris, 1828, 3 observ. ; Levrat, *Bibl. méd.*, t. XXXI ; Martin, *id.*, t. XXVIII ; Saissy, *id.*, t. XXX ; Ehrmann, *Gaz. méd.*, t. II ; Charcelay (*loc. cit.*). Il faut ajouter à ces faits ceux de MM. Jousset, Vauthier, Mannoir, etc., que j'ai mentionnés dans le cours de cet article.

(2) *Clinique des maladies des enfants*, vol. 1, p. 285.

(3) *Recueil de la Soc. de méd. d'Indre-et-Loire*; 1846.

(4) *Gaz. médicale de Paris*, 1845, t. XIII, p. 218.

Scoutetten (1), etc. ; mais il me suffira d'indiquer le chiffre des opérations pratiquées par M. Trousseau et des guérisons qu'il a obtenues, pour montrer tout ce qu'on peut attendre de cette trachéotomie si redoutée de nos devanciers. M. Trousseau (2), le plus ardent défenseur de la trachéotomie, a pratiqué à lui seul 119 fois cette opération, et a, on peut le dire, sauvé la vie à 25 des malades soumis à l'opération (3).

Qu'on ne pense pas néanmoins que j'accorde une confiance aveugle à la trachéotomie. Je sais qu'il y a des cas où elle est contre-indiquée ; qu'elle peut donner lieu à quelques accidents, et qu'enfin des médecins qui ont voulu la pratiquer dans des circonstances trop défavorables se sont placés dans une situation fâcheuse. Je le sais si bien, que j'entrerai un peu plus loin dans tous les détails nécessaires à cet égard. Mais ce qu'il importait d'établir, c'est que, considérée d'une manière générale, la trachéotomie est un moyen infiniment précieux, et par conséquent je dois faire connaître d'abord dans les plus grands détails tout ce qui concerne l'opération, me réservant d'exposer ensuite les *indications* et les *contre-indications* que peuvent présenter les différents cas.

Je suppose donc que l'opération est jugée nécessaire et parfaitement applicable, voici comment on devra y procéder (4) :

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE LA TRACHÉOTOMIE.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont : 1° un bistouri droit ou convexe sur son tranchant ; 2° une sonde cannelée flexible ; 3° un bistouri boutonné, et une paire de ciseaux un peu forts ; 4° des pinces et des fils à ligature (5) ; 5° un *dilatateur*, c'est-à-dire une espèce de pince à pansement, courte, un peu courbe sur le plat, et dont les deux branches forment à leurs extrémités un petit éperon saillant en dehors, destiné à accrocher la face interne des lèvres de la plaie faite à la trachée ; 6° des canules de diverses grandeurs ; 7° des écouvillons ; 8° une solution d'alun, de nitrate d'argent ou de potasse caustique pour toucher l'intérieur de la trachée après l'opération ; 9° enfin des éponges fines et de l'eau tiède. Déposez sur un plateau ces pièces d'appareil, puis recouvrez-les d'un linge.

Il est indispensable d'avoir au moins trois aides : le premier, placé en face de l'opérateur, a principalement pour fonction d'éponger, de comprimer les vaisseaux ouverts, et d'écarter les lèvres de la plaie ; par là, il s'oppose aux accidents de

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*; 1844.

(2) *Voy.* le rapport de M. A. Bérard à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 270). Depuis l'époque où ce rapport a été fait, la proportion des guérisons par la trachéotomie n'a assurément pas diminué.

(3) Ceci a été écrit en 1842 ; je n'ai fait qu'y ajouter l'indication des faits rapportés par MM. Robert-Latour, Moreau, etc. Depuis lors des faits en grand nombre sont venus confirmer cette proposition ; et ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que la trachéotomie, mieux pratiquée à l'hôpital des Enfants, où jusqu'alors elle avait à peu près constamment échoué, y a enfin compté des succès, malgré les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les petits malades. M. Trousseau, dans les deux dernières années, y a fait six fois la trachéotomie (voy. *Union médicale*, 9 octobre 1849), et deux enfants ont parfaitement guéri.

(4) J'emprunte une grande partie des détails qui vont suivre à la Thèse de concours de M. Lenoir, sur la *Bronchotomie*, concours 1841.

(5) Quoique dans la majorité des cas la ligature soit inutile, comme on le verra plus tard, il est prudent de se munir toujours de cette partie de l'appareil, car les circonstances peuvent être telles qu'on ait à s'applaudir de cette précaution.

l'hémorrhagie, à la suffocation que peut produire l'afflux du sang dans la trachée, et peut-être aussi à l'entrée de l'air dans les veines. Le second maintient la tête fixe, et le troisième empêche les mouvements des membres qui pourraient déranger l'opérateur ; il serait bon d'en avoir un quatrième qui présenterait les instruments à mesure qu'ils deviendraient nécessaires.

Tout étant ainsi préparé, couchez le malade sur une table recouverte d'un matelas, le tronc un peu élevé et la tête renversée en arrière, mais sans exagération, et de manière seulement à développer la région sur laquelle on va opérer. Placez-vous à droite, et, saisissant de la main gauche le larynx, attirez-le légèrement en haut pour le fixer et pour tendre légèrement la peau ; puis pratiquez avec le bistouri, sur la ligne médiane, une incision qui s'étend depuis le bas du larynx jusqu'au bord supérieur du sternum. Coupez avec précaution, mais en un ou deux coups au plus, la peau et l'aponévrose cervicale superficielle. Si les muscles sterno-hyoïdiens, mis alors à découvert, sont séparés par une ligne celluleuse, pénétrez dans ce point; si, au contraire, ils sont, comme il arrive quelquefois, réunis de manière à ne former qu'un seul muscle, n'hésitez pas à diviser les fibres musculaires sur la ligne médiane. *Dans aucun cas*, il n'est besoin de donner à cette seconde incision *la même étendue qu'à celle de la peau.* Continuez à découvrir et à séparer de la même manière les muscles sterno-thyroïdiens: faites absterger le sang avec une éponge fine, et à l'aide du doigt porté au fond de la plaie, cherchez à sentir la trachée, tout en vous assurant, autant que possible, s'il n'y a pas au-devant d'elle une de ces anomalies artérielles assez fréquentes dans cette région. Rassuré de ce côté, ramenez le doigt au-dessous du point où vous voulez commencer l'incision de la trachée; suivez avec lui tous les mouvements de l'organe, et enfin, dirigeant la pointe du bistouri le long du bord cubital de ce doigt, plongez l'instrument dans la trachée. Inclinez-en rapidement le manche en bas et en arrière; portez le tranchant en haut, et achevez de cette manière l'incision, qui doit diviser au moins les cinq premiers anneaux de la trachée. Immédiatement après, faites pencher le malade en avant, et, saisissant le dilatateur, écartez les lèvres de la plaie; aussitôt la respiration se rétablit, la toux et l'expectoration débarrassent la trachée, l'hémorrhagie s'arrête, et il ne reste plus qu'à conserver à l'air un accès libre et facile.

Tel est le procédé opératoire qui est aujourd'hui le plus généralement adopté. Cependant il s'est élevé des discussions sur quelques points, et les objections sont assez importantes pour mériter d'être examinées.

Quels sont d'abord les dangers de l'hémorrhagie, et est-il nécessaire de l'arrêter par la ligature des vaisseaux? Les veines et les artérioles qu'on est obligé de diviser dans tous les cas sont, comme on sait, très nombreuses, et les premières, par suite de la stase sanguine, fournissent beaucoup de sang. Dans la crainte: 1° que cette hémorrhagie ne fût trop abondante, surtout chez les jeunes sujets; 2° que le sang ne s'introduisît avec trop de violence dans le canal aérien au moment de son ouverture, plusieurs chirurgiens pensent qu'il est nécessaire de lier les vaisseaux à mesure qu'on les divise; d'autres, au contraire, parmi lesquels il faut citer principalement MM. Lenoir, Trousseau et A. Bérard, veulent qu'on néglige entièrement cette hémorrhagie et qu'on obvie à ses inconvénients par la rapidité de l'opération. Ces derniers ont pour eux les faits les plus nombreux et les plus

concluants, et tous les raisonnements ne peuvent rien contre ce genre de preuves. Ils ont toujours vu, dès que l'ouverture de la trachée était achevée, l'hémorrhagie s'arrêter d'elle-même par suite du rétablissement de la respiration : il suffisait pour cela de placer immédiatement le malade sur son séant. Une certaine quantité de sang peut entrer, il est vrai, dans la trachée; mais les efforts de la toux l'ont bientôt expulsé, sans qu'il soit nécessaire d'employer le moyen mis en usage par M. Roux, qui, à l'aide d'une sonde introduite dans le canal aérien, aspirait le liquide qui l'obstruait. Ainsi nul doute que les craintes de ceux qui redoutent l'hémorrhagie dans des cas semblables ne soient exagérées.

Mais il est une circonstance qui pourrait changer entièrement la conduite de l'opérateur, c'est l'existence d'une anomalie artérielle au-devant de la trachée-artère. Voici, en pareil cas, comment on devrait agir :

CONDUITE DU CHIRURGIEN DANS LE CAS D'ANOMALIE ARTÉRIELLE.

Si vous trouvez au-devant de la trachée un gros vaisseau artériel, éloignez-le aussitôt du champ de l'action de l'instrument, en le repoussant de côté; si vous ne pouvez parvenir à ce résultat, modifiez sans hésiter la méthode opératoire, et faites la laryngo-trachéotomie au lieu de la trachéotomie.

Mais malheureusement on n'a le plus souvent connaissance de l'anomalie que lorsque l'artère est divisée. Si la force et la grosseur du jet du sang est telle que vous ne puissiez pas douter de l'accident, liez aussitôt non seulement le bout inférieur de la division, mais encore le bout supérieur. Continuez ensuite l'opération suivant le procédé ordinaire.

Dans le cas où l'hémorrhagie serait due à la division d'un tronc veineux considérable, agissez de la même manière.

Pour éviter quelques uns des accidents qui viennent d'être mentionnés, M. Récamier a imaginé de faire l'*opération en deux temps* séparés par un intervalle d'une ou plusieurs heures : l'incision de la trachée constituerait le second temps. Cette manière d'agir, dont les inconvénients sont évidents, surtout quand il s'agit du croup, où la promptitude de l'opération est si nécessaire, n'a point été adoptée.

INSTRUMENTS POUR FIXER LA TRACHÉE.

Quelques chirurgiens, remarquant la difficulté que les *mouvements de la trachée* apportent à son incision, ont imaginé des instruments pour maintenir cet organe fixe. Je ne citerai que celui de Bauchot, qui consiste dans un croissant destiné à embrasser la partie antérieure de la trachée et à la maintenir en place.

Aujourd'hui ces instruments sont inusités, et l'on préfère, ainsi qu'on l'a vu dans la description de l'opération, se guider avec le doigt qui suit les mouvements d'inspiration et d'expiration. Bien plus, suivant M. Lenoir, on trouve un avantage à agir ainsi, car on peut profiter de la saillie et du mouvement de bas en haut que fait la trachée, à chaque inspiration, pour diviser les parties qui la recouvrent, et même pour commencer son incision.

AGRANDISSEMENT DE L'OUVERTURE TRACHÉALE.

Si, du premier coup, on n'avait point fait une *ouverture suffisante*, on intro-

duirait rapidement, soit un bistouri boutonné, à l'aide duquel on couperait quelques anneaux cartilagineux de plus, soit la sonde cannelée flexible, sur laquelle on introduirait un bistouri pointu, dans le même but.

Enfin quelques praticiens ont conseillé, pour éviter toute *déviation* de l'instrument, soit de faire un pli transversal à la peau, que l'on coupe ensuite à plein tranchant, soit de tracer une ligne noire dans la direction que doit suivre l'incision. Mais ces précautions minutieuses, de la part d'un opérateur qui doit savoir diriger l'instrument tranchant, n'ont aucun avantage réel.

DILATATION APRÈS L'OPÉRATION.

Voici les préceptes que donne M. Trousseau sur ce point important :

Dès que l'incision est faite, le sang s'engouffre dans les bronches, et comme la respiration devient encore plus difficile, l'hémorrhagie veineuse, loin de s'arrêter, coule avec plus de force. Armez-vous à l'instant même du *dilatateur*. On l'introduit fermé entre les lèvres de la plaie de la trachée, et quand il est engagé, on l'ouvre modérément, en rapprochant les anneaux. Cette manœuvre, toute facile qu'elle paraisse, demande néanmoins quelque habitude. Très souvent, dit M. Trousseau, il lui est arrivé à lui-même de placer l'extrémité de l'instrument entre les muscles, ou de n'introduire dans la trachée qu'une des branches. *Il faut*, recommande-t-il, *procéder lentement et aller aussi profondément que possible*. Lorsque le dilatateur est bien placé, l'air pénètre aisément, le sang, les fausses membranes, les mucosités sont expectorées, et la respiration devient ordinairement facile. Le dilatateur est laissé dans la trachée tant que dure la syncope qui suit ordinairement l'opération, et jusqu'à ce qu'on ait introduit la canule. La canule ne doit jamais être placée que dix ou vingt minutes après l'opération. Il faut préalablement avoir nettoyé la trachée et les bronches, et avoir cautérisé la membrane muqueuse qui les tapisse.

SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

Après avoir ainsi ouvert un accès à l'air et ranimé la respiration près de s'éteindre, il est nécessaire de pourvoir aux moyens de maintenir cette fonction dans toute son intégrité. On y parvient en empêchant l'ouverture faite à la trachée de s'obstruer, et l'on a proposé, pour atteindre ce but, plusieurs moyens : je vais les passer en revue, en commençant par les diverses canules qui sont le plus généralement employées.

La canule destinée à fournir une entrée libre à l'air est un instrument fort ancien ; mais sans chercher à remonter à son origine, j'indiquerai celles qui ont été choisies par MM. Bretonneau et Trousseau comme étant de l'usage le plus général, et je ne dirai qu'un mot de celles qui ont été proposées par d'autres médecins modernes.

DES CANULES.

La matière de cet instrument doit être métallique, afin que ses parois puissent être à la fois minces et résistantes : c'est l'argent qui est préféré pour leur composition. La forme de cet instrument est, suivant M. Bretonneau, celle d'un tube légèrement courbé, coupé en biseau à ses deux extrémités, de manière à ce que le

côté le plus court soit le côté concave. Plus tard, M. Bretonneau a imaginé une canule en forme de tige de botte, et composée de plusieurs parties qui s'emboîtent les unes dans les autres. Mais c'est la canule courbe adoptée par M. Trousseau que l'on met ordinairement en usage.

Ces canules, pour remplir parfaitement leur but, doivent avoir une courbure appartenant à un cercle d'environ 8 centimètres de diamètre. Dans cette mesure, la canule appuie par toute l'étendue de ses deux faces antérieure et postérieure sur la muqueuse trachéale, et son extrémité inférieure ne comprime l'organe ni en avant ni en arrière. Si l'on donnait à l'instrument une ouverture insuffisante ou exagérée, on aurait, outre l'inconvénient qui vient d'être signalé, à en redouter un plus grave encore, celui de l'insuffisance de la respiration, occasionnée par le défaut de parallélisme du tube artificiel et du canal naturel dans lequel il est introduit.

Avant M. Bretonneau, on ne donnait à la canule qu'un faible calibre : lui-même, dans ses deux premières opérations, employa des canules étroites ; mais ayant vu qu'elles étaient insuffisantes pour la respiration, il n'hésita pas à attribuer la plupart des insuccès à cette insuffisance, et c'est en effet depuis qu'on emploie des canules de grand diamètre qu'on a obtenu les nombreuses guérisons citées plus haut. D'après M. Trousseau, on peut, en général, juger que l'ouverture de la canule est suffisante lorsque, dans une grande inspiration, le bruit causé par l'entrée de l'air n'est pas plus fort que celui qui serait produit dans le larynx à l'état sain. Voici, d'après ses observations, la moyenne des dimensions que doit présenter l'instrument suivant les âges :

	Ouverture ant.	Ouverture post.	Grande courb.	Petite courb.
Homme de taille ordinaire...	0,015m......	0,012m......	0,065m......	0,050m
Femme de taille ordinaire...	0,013m......	0,011m......	0,060m......	0,045m
Enfant de huit à douze ans..	0,012m......	0,009m......	0,055m......	0,040m
Enfant de cinq à huit ans...	0,011m......	0,008m......	0,050m......	0,036m
Enfant de deux à cinq ans...	0,010m......	0,007m......	0,045m......	0,035m
Enfant au-dessous de deux ans.	0,009m......	0,005m......	0,042m......	0,033m

Le praticien qui ne sera pas à portée de se pourvoir promptement d'instruments devra donc avoir une collection de canules de ces diverses dimensions.

INTRODUCTION DE LA CANULE.

Cette partie de l'opération mérite quelques détails, car le praticien pourrait se voir désagréablement arrêté par les difficultés qui quelquefois se présentent dans une manœuvre en apparence si simple.

PROCÉDÉ DE M. TROUSSEAU.

Placez dans l'ouverture de la trachée les mors réunis du *dilatateur*, et tandis qu'avec la main gauche vous en rapprochez les branches, mouvement qui produit l'écartement des mors, faites glisser entre ceux-ci la canule tenue dans la main droite. Ayez grand soin de faire décrire à l'instrument une courbe analogue à celle qu'il représente lui-même, et n'employez qu'un effort médiocre, afin de ne point

pousser la canule entre le corps thyroïde et la trachée, et de ne point refouler la muqueuse trachéale.

PROCÉDÉ DE M. GERDY.

Introduisez dans la canule une sonde de gomme élastique, et portez l'extrémité de celle-ci dans la trachée où elle pénétrera facilement. Puis, sur ce conducteur, faites glisser la canule, que vous introduirez sans peine et sans crainte qu'elle dévie. Ce procédé est très simple et offre beaucoup d'avantages.

FIXATION DES CANULES.

Les canules portent, à leur ouverture externe, un rebord qui les empêche de pénétrer dans la trachée, et sur lequel sont, de chaque côté, deux petits anneaux où l'on a préalablement passé des fils ou des rubans; on noue ces liens derrière le cou, d'une manière assez étroite pour que l'instrument soit bien maintenu, mais non pas de manière à exercer une compression nuisible à la circulation veineuse.

Malgré ces précautions, il peut arriver que la canule soit chassée, et cet accident peut être assez grave pour causer rapidement la mort, M. Trousseau a vu trois exemples de cet accident, qui est surtout dangereux lorsque le gonflement inflammatoire est considérable, et que les tissus engorgés sont tout prêts à boucher l'ouverture artificielle. Le médecin devra donc être toujours prêt à replacer l'instrument, et c'est alors qu'il sentira l'importance des préceptes indiqués plus haut pour l'introduction des canules, car cette introduction peut être très difficile.

Il est une autre circonstance qui rend le maintien de la canule difficile : c'est la détumescence des tissus, après leur intumescence inflammatoire. Alors, en effet, l'extrémité extérieure de la canule faisant une trop grande saillie, l'instrument se déplace avec une grande facilité. M. Trousseau a imaginé, pour obvier à cet inconvénient, de faire faire :

1° Une canule avec un tuyau d'allongement comme une lorgnette, de telle sorte que l'extrémité extérieure formée par le tuyau interne, pouvant rentrer à volonté, on raccourcit facilement la canule qui peut servir pendant tout le cours du traitement; 2° des canules plus courtes taillées en biseau à la partie inférieure de leur face convexe. Celles-ci ne peuvent être employées qu'après la détumescence des tissus; mais elles ont l'avantage de permettre aux mucosités de venir battre contre le larynx; ce qui, suivant M. Trousseau, peut détacher les lambeaux de la fausse membrane qui sont encore adhérents (1).

DES DILATATEURS.

Les canules, comme je l'ai déjà dit, et comme on le verra encore plus tard, ont des inconvénients qu'on ne peut nier. C'est ce qui a engagé quelques médecins à rendre permanent un instrument employé d'une manière temporaire par M. Trousseau, c'est-à-dire le *dilatateur*. M. Gendron est un de ceux qui ont le plus insisté pour faire admettre cet instrument, qu'il applique de la manière suivante :

(1) On trouvera un dessin de ces canules dans le *Journal des conn. méd.-chir.*, sept. 1834, n° 1. t. II, p. 7.

DILATATEURS DE M. GENDRON.

Il y en a de plusieurs formes ; mais on peut dire, d'une manière générale, qu'ils consistent dans une espèce de pinces sans branches, dont on éloigne les extrémités à l'aide d'une vis de rappel. Ces extrémités aplaties, et recourbées deux fois dans le sens de leur largeur, sont introduites rapprochées dans la trachée, puis éloignées peu à peu au moyen de la vis. M. Gendron en a imaginé d'autres qui n'ont qu'une seule courbure, et qu'il faut fixer avec un fil autour du cou. Je n'insiste pas sur ces dilatateurs, parce qu'ils sont peu usités et augmentent l'arsenal chirurgical.

M. Morand (de Tours), qui rejette l'emploi des canules, emploie un *dilatateur à ressort et à virole*, et couvre l'ouverture d'une gaze mouillée pour que l'air aspiré soit moins sec.

Ch. Bell a voulu employer comme dilatateur un simple *fil de fer* plié de manière à laisser entre ses deux branches un certain écartement, et qu'on introduit par sa convexité dans l'ouverture faite à la trachée. Mais il est extrêmement difficile de le maintenir en place.

Les canules bivalves, comme celles de M. Moreau (1), ont, ainsi que le dilatateur de M. Gendron, l'inconvénient de permettre aux parties molles des bords de la plaie de faire saillie entre leurs valves. On ne les a pas adoptées.

Enfin, M. Maslieurat-Lagémard (2) a imaginé un dilatateur à double crochet qui est très simple, et ainsi que l'a fait remarquer M. Blandin, à la portée de tout le monde. Mais le moyen employé par ce médecin dans un cas de guérison, et avant qu'il eût imaginé son dilatateur, est encore plus simple.

N'ayant aucun instrument à sa disposition, il eut l'idée de courber *deux épingles* en crochet, et les implantant une de chaque côté de la trachée, après avoir lié un fil autour de leur tête, il attacha celui-ci derrière le cou, de manière à exercer une traction sur chaque lèvre de la plaie trachéale. Au bout de deux jours, cette traction avait produit un écartement qui devint permanent après l'enlèvement des épingles, et la respiration ne fut pas interrompue jusqu'à la guérison.

Le praticien ne doit pas perdre de vue un moyen aussi facile.

M. Garin (3) a fait de graves objections au procédé ordinaire de la trachéotomie, auquel il reproche d'exposer à l'ouverture du plexus veineux thyroïdien et de l'artère thyroïdienne, ainsi qu'à l'asphyxie causée par l'épanchement du sang, et en outre, de recommander un mode vicieux de maintenir la canule.

Pour éviter ces inconvénients, il propose de pratiquer la crico-trachéotomie, du moins chez les enfants ; de se servir d'un trachéotome de son invention (voy. sa description, *loc. cit.*), et enfin de remplacer la canule par un *collier à griffe* également de son invention, et qui est un dilatateur perfectionné.

Les recherches de cet auteur, qui sont relatives à la crico-trachéotomie et à l'emploi du dilatateur méritent d'être prises en grande considération.

Quant à l'emploi du trachéotome, il résulte des faits, ainsi que l'a fait remarquer M. Barrier (4), qu'il doit être abandonné, et, suivant cet auteur, on doit lui

(1) *Gaz. méd.*, t. III, 1835.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841, t. VII, p. 272.
(3) *Gaz. méd.*, 1844, t. XII, p. 592.
(4) *Bull. gén. de thér.*, nov. 1844.

substituer la ponction avec un trois-quarts introduit dans une sonde cannelée. Le trois-quarts étant retiré, après avoir pénétré dans la trachée, la canule sert à guider un bistouri effilé avec lequel on fait, de dedans en dehors, l'ouverture de la trachée et des téguments qui la recouvrent.

PERTE DE SUBSTANCE A LA TRACHÉE.

Enfin, quelques médecins, frappés des inconvénients que peuvent présenter les instruments, quels qu'ils soient, ont pensé qu'on les éviterait en ouvrant à l'air un libre passage à travers les parties, sans le secours d'aucun dilatateur. Le célèbre chirurgien anglais Lawrence a conseillé d'enlever une partie des cerceaux cartilagineux incisés, et il a pratiqué cette opération, qu'après lui M. Carmichael a faite de la manière suivante (1).

L'incision de la trachée étant pratiquée, l'opérateur, muni d'une paire de ciseaux propres à l'opération du bec-de-lièvre, en introduisit une lame dans le canal aérien par la partie inférieure de l'incision ; puis, dirigeant l'extrémité des ciseaux en dehors, il coupa obliquement les cerceaux cartilagineux dans une étendue égale à la moitié de l'incision longitudinale. Le lambeau qui en résulta fut maintenu au dehors par des pinces, et la pointe des ciseaux portée plus haut, mais en dedans, vers l'extrémité supérieure de la plaie, acheva de détacher une portion triangulaire de la trachée. La même manœuvre ayant été exécutée de l'autre côté, il en résulta une perte de substance en losange, qui ne pouvait pas se refermer, et par où l'air pénétra jusqu'à l'époque de la guérison.

On a reproché à ce procédé : 1° d'être très difficile à exécuter ; 2° de rendre l'opération beaucoup plus longue ; 3° de ne pas donner une ouverture suffisante ; 4° de ne pas prévenir l'obstruction de l'ouverture artificielle occasionnée par le gonflement inflammatoire des tissus ; 5° de faire à la trachée une perte de substance qui peut plus tard en diminuer le calibre et rendre l'entrée de l'air insuffisante.

Le premier reproche est fondé, ainsi que l'a démontré le docteur Ryland (2), et de l'aveu même de ceux qui ont proposé cette modification. Le second ne l'est pas moins, surtout relativement à la laryngite pseudo-membraneuse, où la rapidité de l'opération est si nécessaire. Quant au troisième et au quatrième, ils paraissent fort graves en théorie, et je suis peu surpris qu'ils soient venus à l'esprit des chirurgiens ; mais la pratique n'a pas confirmé la théorie, car dans les cas où ce procédé a été employé, la respiration, quoique assez souvent gênée par l'obstruction que causait un mucus visqueux arrêté sur les lèvres de la plaie, n'a point été interrompue. Il suffisait d'une petite éponge pour enlever facilement l'obstacle, et l'on n'avait pas à craindre les terribles accidents occasionnés par la sortie de la canule. Pour ce qui est du rétrécissement consécutif de la trachée, il faut dire que les auteurs ne s'en sont pas occupés, et c'est là une omission grave ; car la crainte de voir un organe aussi essentiel devenir insuffisant doit inspirer de vives inquiétudes sur les suites de l'opération.

(1) *Trans. of the Assoc. of the Dublin coll. of phys.*, t. IV, 1834, p. 312.
(2) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XLIX, p. 579 ; 1838.

MOYENS DE DÉSOBSTRUER LA CANULE OU L'OUVERTURE DILATÉE DE LA TRACHÉE.

Une fois la canule en place, il faut la tenir toujours libre, et la débarrasser des lambeaux pseudo-membraneux et du mucus visqueux qui vient sans cesse l'obstruer. Pour parvenir à ce but, soyez attentifs pendant les efforts de toux, et si une fausse membrane se présente, saisissez-la avec des pinces et retirez-la doucement de crainte de la rompre. Si c'est uniquement du mucus qui obstrue la canule, nettoyez-la avec l'*écouvillon* de M. Bretonneau (1), que l'on fabrique de la manièresuivante :

ÉCOUVILLON DE CRIN.

Prenez quelques brins de crin flexible, disposés entre les branches d'un fil d'acier ou de laiton replié sur lui-même. Également et parallèlement répartis dans un espace d'environ 3 centimètres, ils doivent se toucher et même se recouvrir. Les deux fils, saisis avec des pinces immédiatement au delà du crin, sont tordus en spirale. Entraînés par la torsion, les crins perdent leur parallélisme pour converger autour de l'axe sur lequel ils se trouvent fixés. Dès qu'ils sont ainsi saisis et solidement arrêtés entre les révolutions de la double hélice, vous n'avez plus qu'à les tailler, pour donner à la petite brosse la forme d'une boule portée sur une tige qui est constituée par les deux fils d'acier contournés l'un sur l'autre. Il est bon d'assujettir cet écouvillon sur un petit manche fait avec une plume ou un petit morceau de bois.

Cet écouvillonnement doit être pratiqué aussi souvent que la respiration paraît embarrassée.

Quelquefois cette manœuvre ne suffit pas, et il faut ôter la canule pour la nettoyer. C'est alors qu'on éprouve de grandes difficultés pour la replacer.

DOUBLE CANULE DE M. BRETONNEAU.

M. Bretonneau a imaginé, pour obvier à cet inconvénient, d'introduire deux canules entrant parfaitement l'une dans l'autre, et assez minces pour ne pas trop diminuer l'ouverture qui donne passage à l'air. S'il y a obstruction, on retire la canule interne, et après l'avoir nettoyée on la replace promptement.

Si l'on faisait usage du dilatateur, on emploierait, pour nettoyer l'ouverture, l'écouvillon à éponge dont il sera parlé plus loin.

Enfin, dans les cas où une perte de substance a été pratiquée à la trachée, le simple nettoyage avec une éponge a suffi pour tenir l'ouverture libre.

MANIÈRE DE DÉSOBSTRUER LA TRACHÉE ET LES BRONCHES.

M. Trousseau ne s'est pas borné à maintenir la canule toujours libre, il a encore imaginé de débarrasser profondément le canal aérien lui-même. Je ne peux mieux faire que de lui emprunter la description de ce qu'il appelle l'*écouvillonnement :*

(1) *Trait. de la diphthérite*, p. 324.

ÉCOUVILLONNEMENT DE M. TROUSSEAU.

S'il n'y a pas dans la trachée une fausse membrane trop adhérente, prenez un écouvillon formé d'une tige de baleine, souple, arrondie, et longue de 24 centimètres.

Faites à l'une de ses extrémités une coche circulaire et fixez-y un petit morceau d'éponge fine. Enfoncez-le rapidement de 8, 11, 14 et même 17 centimètres, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation; puis faites-le cheminer plusieurs fois de haut en bas, et retirez-le en continuant d'imprimer le mouvement de rotation indiqué. Chaque écouvillonnement ne dure pas plus de deux ou trois secondes. L'éponge retirée, un aide l'exprime avec un morceau de linge, et enlève le mucus qui l'enduit. Réintroduisez immédiatement l'instrument, et ainsi de suite, jusqu'à ce que vous ayez emporté ou les mucosités, ou les fausses membranes que vous entendez bruire dans la trachée. Avant de commencer l'écouvillonnement, il faut, en général, injecter dans les bronches une demi-cuillérée à café d'eau tiède ou froide. Cette eau, l'écouvillon, l'air qui entre et sort, ébranlent, brassent et entraînent au dehors tout ce qui se trouve dans les conduits aériens. L'écouvillonnement provoque le plus souvent une toux extrêmement fatigante; mais quand les enfants n'ont pas été épuisés par les émissions sanguines, quand déjà l'inflammation pelliculaire est modifiée, et qu'il ne se sécrète plus que du mucus, il suffit de passer une fois ou deux l'écouvillon, et la manœuvre est alors si simple, que le plus souvent les enfants endormis ne se réveillent pas.

Le premier écouvillonnement doit se faire immédiatement après l'opération : par là vous entraînez le sang, le mucus et la plupart des concrétions croupales. Ainsi la membrane muqueuse est mise à nu, condition nécessaire pour que les médicaments topiques puissent la modifier. Et ici, M. Trousseau pose le précepte d'*écouvillonner à fond toutes les fois que l'on veut agir directement sur la membrane muqueuse.*

Si la fausse membrane est trop adhérente et ne peut être entraînée par l'éponge, servez-vous de l'*écouvillon* de crin décrit plus haut.

CAUTÉRISATION.

C'est encore à M. Trousseau que j'emprunterai les détails relatifs à cette partie de l'opération (1) : « Lorsque la trachée et les bronches sont bien nettoyées, on procède, dit cet auteur, à la cautérisation. Celle-ci se fait de deux manières : 1° *par attouchement*, 2° *par instillation.* »

Cautérisation par attouchement.

℞ Nitrate d'argent cristallisé. 1 gram. | Eau distillée. . . . . 4 gram.

Dissolvez.

Imbibez de cette liqueur caustique un écouvillon d'éponge, et portez-le à plusieurs reprises sur tous les points de la membrane muqueuse que vous pourrez atteindre. De cette manière, vous ne répandez pas de solution caustique dans les bronches. Cette cautérisation doit être répétée au moins trois fois le premier jour, et deux fois les deux jours suivants.

(1) *Dict. de méd.*, t. IX, p. 387.

Cautérisation par instillation.

℞ Nitrate d'argent cristallisé. 0,20 gram. | Eau distillée............... 4 gram.

Dissolvez.

Remplissez de la liqueur caustique une plume à écrire, et versez-la dans la trachée, en profitant, autant que possible, d'un mouvement d'inspiration. Immédiatement après, instillez de l'eau, et écouvillonnez vigoureusement, jusqu'à ce que les canaux aériens soient bien nettoyés. La cautérisation par instillation doit être répétée deux ou trois fois pendant trois jours. Si après l'opération vous avez pu constater qu'il n'y avait pas de concrétions croupales au delà du larynx, contentez-vous des cautérisations par attouchement.

On doit être très réservé dans l'emploi de ces dernières cautérisations. Des expériences sur les animaux ont prouvé que si la liqueur caustique parvenait dans les petites bronches, non seulement elle pourrait coaguler le mucus et intercepter le passage à l'air, mais encore produire de dangereuses lésions dans le tissu pulmonaire. M. Bretonneau n'emploie jamais ce mode de cautérisation, et M. Trousseau s'exprime ainsi à leur sujet : « Les succès obtenus par M. Bretonneau, qui n'emploie que la cautérisation par attouchement, doivent rendre circonspect dans l'emploi des instillations que j'ai beaucoup conseillées, et que j'ai peut-être trop employées. »

INSTILLATION D'EAU DANS LES BRONCHES.

C'est encore M. Trousseau qui a préconisé ce moyen. Suivant lui, ces instillations ont l'avantage de délayer le mucus et de rendre plus facile l'expectoration, ainsi que l'enlèvement des lambeaux pseudo-membraneux.

INSTILLATIONS POUR DÉTACHER LES FAUSSES MEMBRANES TENACES.

Injectez d'un seul coup, dans la trachée, une cuillerée à café d'eau tiède, puis procédez immédiatement à l'*écouvillonnement* avec l'éponge. Cette manœuvre doit être répétée quatre ou cinq fois toutes les vingt-quatre heures, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération.

INSTILLATIONS POUR DÉLAYER OU RAMOLLIR LES MUCOSITÉS.

Versez dans la trachée deux ou trois gouttes d'eau tiède, de quart d'heure en quart d'heure. Ces instillations seront continuées jusqu'à ce que la respiration soit libre.

Telles sont les manœuvres qui ont été conseillées et décrites avec soin par M. Trousseau. Elles ont trouvé des critiques sévères. On leur a reproché d'irriter les bronches, d'aggraver les accidents, et de s'opposer à la guérison plutôt que de la favoriser. Il est certain que l'instillation d'un caustique a quelque chose d'effrayant, et M. Trousseau lui-même paraît en redouter le danger. L'introduction de l'écouvillon dans la profondeur des voies aériennes paraît aussi très audacieuse, surtout si l'on considère que les efforts d'avulsion des fausses membranes dans les points les plus accessibles, comme la bouche et le pharynx, sont une manœuvre sans résultat utile. Toutefois, avant de condamner cette pratique, on aurait dû se rappeler qu'elle appartient au médecin qui a obtenu les plus nombreux succès. Quant aux

instillations d'eau, elles ont, outre les avantages déjà indiqués, celui de provoquer une forte toux qui expulse le mucus visqueux dont les bronches se laissent obstruer.

DERNIERS SOINS APRÈS L'OPÉRATION.

On peut les résumer de la manière suivante :

1° Enlevez la canule pour la nettoyer ou pour écouvillonner les bronches. On le fera trois fois dans les vingt-quatre heures pendant les trois jours qui suivent l'opération, deux fois les trois jours suivants, et ensuite une fois jusqu'à ce qu'on ferme la plaie. (Trousseau).

2° Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération, ayez soin d'introduire le dilatateur dès que vous enlèverez la canule, car la plaie tend fortement à se refermer, et un trop long retard rendrait difficile l'introduction du tube métallique.

3° Si le cinquième ou sixième jour vous n'entendez pas l'air passer un peu par les voies naturelles dans les grands efforts de toux, portez une ou deux fois la solution caustique dans le larynx, à l'aide d'une baleine forte, recourbée, et armée d'une petite éponge : cette médication bien simple suffit pour faciliter le passage de l'air et des mucosités.

4° Dès que le larynx vous paraîtra libre, bouchez la canule en tout ou en partie, suivant le plus ou moins de liberté de la respiration. Pour la première fois, la canule ne reste bouchée qu'un quart d'heure ou une heure au plus ; vous la rebouchez quelques heures après pendant deux ou trois heures, puis pendant dix ou douze heures.

5° Lorsque la respiration devient facile, enlevez la canule, nettoyez la plaie, et rapprochez-en exactement les bords avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Recouvrez l'appareil de coton cardé et d'une cravate peu serrée, dont le plein est appliqué derrière la nuque, et dont les chefs viennent se croiser au-devant du cou, pour passer sous les aisselles et se nouer derrière le dos. Changez le bandage deux fois par jour. Ordinairement, après quatre, six ou huit jours, l'ouverture de la trachée est entièrement cicatrisée : il ne reste alors qu'une plaie simple, qui ne tarde pas à se guérir. Que si la plaie se recouvre de concrétions, ce qui arrive assez fréquemment, saupoudrez-la de calomel, médicament qui modifie en peu de temps cette disposition morbifique.

6° Pendant que vous agirez ainsi, ne négligez pas le traitement de la diphthérite dans le pharynx, qu'elle occupe presque constamment, et dans la bouche, où elle se rencontre assez souvent. Pour remplir cette indication, portez deux ou trois fois par jour, sur les parties malades, un mélange de 8 grammes d'acide hydrochlorique pour 60 grammes de miel rosat, ou bien une forte proportion d'alun dans du sirop de sucre ou du miel.

7° Une dernière précaution dont M. Trousseau s'est très bien trouvé, dans ces derniers temps, consiste à entourer, immédiatement après l'opération et la fixation de la canule, le cou et la partie inférieure du visage jusqu'au nez, d'une large cravate assez lâche pour permettre à l'air de passer librement. De cette manière l'air n'arrive pas directement à la canule, il se réchauffe dans le trajet qu'il parcourt au-devant de la bouche et du menton, et devient beaucoup moins irritant pour la trachée. M. Trousseau attribue une très bonne part du succès de l'opération à cette précaution si peu importante en apparence.

Tels sont les détails que j'avais à présenter sur cette importante et délicate opération. Les praticiens ne les trouveront pas trop longs, lorsqu'ils se rappelleront que de tous les soins qui y sont recommandés, de toutes les précautions indiquées, dépendent le succès ou l'insuccès d'un moyen qui peut conserver la vie au malade. Ce sont des choses qu'il faut étudier soigneusement et avoir toujours présentes à l'esprit; car le plus léger oubli peut être irréparable. Voyons maintenant quelles sont les indications et les contre-indications de la trachéotomie.

INDICATIONS DE LA TRACHÉOTOMIE.

1° La trachéotomie doit être pratiquée toutes les fois que les symptômes d'asphyxie ont commencé; que la voix est éteinte, et que les efforts de la toux et du vomissement ne paraissent plus suffisants pour expulser les fausses membranes. En pareil cas, il ne faut pas hésiter, à moins d'une des contre-indications qui sont énumérées plus bas.

2° Caron soutenait qu'il faut opérer dès que le croup est confirmé, c'est-à-dire dès qu'on est sûr que la pseudo-membrane a gagné le larynx. Aujourd'hui on met moins d'empressement à faire l'opération; mais je ne doute pas qu'on n'en vienne à agir plus tôt qu'on ne le fait habituellement, et déjà on peut penser que les succès nombreux obtenus par la trachéotomie sont, en bonne partie, dus à l'époque moins avancée où l'on y a recours.

Ainsi, dans le cas où le trouble de la respiration serait extrême, et où, malgré la médication la plus énergique, vous n'obtiendriez pas l'expulsion de la fausse membrane, n'attendez pas, pour opérer, que les forces soient complétement abattues, que les fausses membranes se soient étendues jusqu'aux bronches, et que le sang artériel soit presque entièrement converti en sang veineux. Votre apparente témérité sera de la prudence aux yeux de celui qui a étudié les faits.

CONTRE-INDICATIONS DE LA TRACHÉOTOMIE.

1° M. le docteur Barth a, dans un cas où les bronches étaient envahies par les fausses membranes (1), entendu, en auscultant la poitrine, un murmure vibrant, un tremblotement très bruyant qui lui parut se produire dans le thorax même. Ce bruit était semblable à celui que produiraient des lambeaux membraneux flottants dans les bronches et agités par le passage de l'air. Si, dans un cas de croup, on entendait ce bruit, il faudrait s'abstenir de l'opération, qui serait inutile. Mais les auteurs du *Compendium* ont cité un fait qui prouve que ce signe n'est pas constant, et nous avons vu que dans les cas observés par M. Vauthier, des médecins très habiles n'ont pas pu, par l'auscultation, reconnaître la pénétration des fausses membranes dans les bronches.

2° L'existence d'une pneumonie simple n'est pas une contre-indication, suivant Guersant. Il n'en est pas de même d'une pneumonie double.

3° L'existence des tubercules dans les poumons, si elle était bien constatée, est aussi regardée comme une circonstance qui s'oppose à l'opération.

4° Toute maladie organique grave et très avancée est dans le même cas. On ne doit pas oublier que, chez les adultes en particulier, le croup n'est qu'une complication, et le dernier terme de la maladie principale.

Après avoir fait connaître les divers procédés opératoires, et signalé tous les avan-

(1) *Archives de médecine*, 3e série, 1839, t. V, p. 137.

tages de la trachéotomie convenablement pratiquée, je dois rappeler au praticien qu'il s'agit néanmoins d'une opération grave, quelquefois suivie d'une mort très prompte, et que, dans tous les cas, il faut s'attendre à voir succomber au moins les deux tiers des opérés. Ainsi il n'aura pas une confiance aveugle dans ce moyen extrême ; et, tout en insistant avec courage pour pratiquer l'opération qu'il aura jugée nécessaire, il ne donnera pas un trop grand espoir aux parents du malade. Il représentera le sujet comme étant voué à une mort certaine, si l'on ne consent point à l'opération, mais il ne dissimulera pas le danger, même dans le cas où l'on y consentirait.

Je n'ai point parlé des tentatives faites par Dupuytren pour enlever les fausses membranes *sans trachéotomie*, et en les allant chercher par la bouche dans la glotte elle-même. Ces tentatives, que tout le monde s'accorde à regarder comme infructueuses, n'ont pas été renouvelées.

Régime. Au début de la maladie, et tant que la fièvre est intense, on tient le malade à la diète absolue ; mais, dès que la fièvre commence à tomber, il faut, surtout si le sujet est un jeune enfant, se hâter de donner quelques aliments légers : du lait, du bouillon, coupés ou purs, de légers potages. Suivant M. Trousseau, on doit agir de la même manière immédiatement après la trachéotomie, et tant que dure la fièvre traumatique. C'est au médecin à juger, par le degré de force du malade, de la conduite qu'il doit tenir. Mais, dans tous les cas, il se hâtera de prescrire un régime nourrissant dès que la fièvre aura complétement cessé.

Traitement prophylactique. Tant que le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse n'a pas été nettement établi, on a cru à de nombreuses récidives de cette maladie ; les attaques réitérées de laryngite striduleuse donnaient lieu à cette croyance. Aussi n'est-on pas surpris de voir nos devanciers proposer un grand nombre de moyens propres à prévenir le retour d'une aussi grave affection. Aujourd'hui qu'on n'a plus les mêmes craintes, on ne prend pas les mêmes précautions. Mais dans le cas où les laryngites pseudo-membraneuses seraient très fréquentes, y aurait-il quelques moyens propres à préserver les enfants de cette maladie ? Avec Guersant, il faut répondre qu'on ne peut véritablement compter que sur les précautions hygiéniques, sur l'éloignement des sujets de tout foyer d'infection, et sur un régime fortifiant.

Quant aux cautères, aux vésicatoires, aux vomitifs et aux purgatifs souvent répétés, et, en un mot, à tous les moyens pharmaceutiques, il faut y renoncer entièrement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignées : sangsues ; ventouses scarifiées ; émollients.

2° Vomitifs (émétique, ipécacuanha, etc.) ; purgatifs.

3° Sulfure de potasse ; polygala ; alcalins. L'efficacité et surtout la vertu spécifique de ces médicaments sont loin d'être démontrées.

4° Préparations mercurielles (calomel, frictions avec l'onguent mercuriel, etc.).

5° Dérivatifs ; révulsifs ; antispasmodiques.

6° Cautérisation : avec l'acide hydrochlorique, le nitrate d'argent, etc. ; cathérétiques (alun, chlorure de chaux, etc.)

7° Insufflation de poudres mercurielles ; calomel, précipité rouge.

8° Trachéotomie.

ARTICLE V.

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUË ET CHRONIQUE.

(*Phthisie laryngée*) (1).

La laryngite ulcéreuse est, sans contredit, une des maladies dont l'histoire offre le plus de difficultés. Jusqu'à présent les auteurs ont traité, dans un seul et même article, de toutes les espèces de laryngites chroniques qu'ils ont désignées sous le titre générique de *phthisie laryngée ;* il en résulte que les symptômes propres, les causes, la marche, et généralement les points les plus importants de l'affection dont il s'agit ici, sont extrêmement obscurs. Cependant je ne peux me dispenser de décrire à part cette forme si importante de la laryngite, qui est à l'inflammation simple du larynx comme le coryza ulcéreux au coryza simple. J'ai réuni, dans ce but, un assez grand nombre de documents dont quelques uns n'avaient pas encore été suffisamment étudiés, et la suite de cet article montrera, je pense, que si une bonne classification des maladies du larynx est très difficile, elle n'est pas impossible, comme le pensent MM. Trousseau et Belloc (2). Sans doute l'observation ultérieure pourra apporter quelques modifications à la classification que j'ai établie, mais on ne saurait douter, après avoir parcouru les travaux publiés sur ce sujet, qu'elle n'ait actuellement une utilité réelle.

C'est à Morgagni et Borsieri que nous devons, suivant J. Frank, les premières notions bien précises sur la laryngite ulcéreuse. Cependant, pour quiconque a lu ces auteurs sans prévention, il est évident qu'après eux l'histoire exacte de la maladie était entièrement à faire, ainsi que l'a dit M. Cayol (3). Dans ces derniers temps, des travaux assez nombreux ont été publiés sur ce sujet : le plus récent est l'*Histoire de la phthisie laryngée*, par MM. Trousseau et Belloc.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom de *laryngite ulcéreuse* à celle qui occasionne une déperdition de substance dans le tissu du larynx, que cette lésion s'accompagne ou non de carie, de nécrose des cartilages, de fistules, etc. Il vaudrait mieux, sans doute, pouvoir distinguer les ulcérations suivant leurs espèces, et les décrire séparément ; mais la science n'est pas encore assez avancée pour cela.

On a généralement donné à cette maladie le nom de *phthisie laryngée*. Les anciens la désignaient sous celui d'*ulcera asperæ arteriæ*. Sauvages (4) a décrit à la fois, sous le titre de *paraphonologia ulcerosa*, les ulcères du pharynx, du larynx et de la trachée. Il les range dans la classe sixième, intitulée : *Debilitates*. On trouve cette maladie décrite sous les dénominations d'*ulcères*, *chancres du larynx*,

(1) Quoique la laryngite ulcéreuse ne soit pas la seule affection du larynx qu'on ait désignée sous le nom de *phthisie laryngée*, j'ajoute cette dénomination comme lui ayant été plus particulièrement appliquée.

(2) *Traité prat. de la phthisie laryngée*, etc. Paris, 1837, p. 87.

(3) *Recherches sur la phthisie trachéale*, thèse ; Paris, 1810.

(4) *Nos. method.* Amst., 1768, t. I, p. 787.

ulcération, *carie*, *nécrose*. M. Petit-Radel (1), par le nom de *métaptose gonorrhoïque du larynx*, a sans doute désigné quelques cas de ce genre.

Quant à la *fréquence* de la maladie, il faut établir une distinction très importante. Si l'on considère les ulcérations du larynx dans toutes les circonstances où elles se produisent, on peut dire qu'elles sont bien loin d'être rares. Il est, en effet, une affection bien commune qu'elles viennent assez souvent compliquer : c'est la phthisie pulmonaire. Mais si l'on n'a égard qu'aux cas où la laryngite ulcéreuse constitue la maladie principale, et où par conséquent elle exige tout particulièrement les soins du praticien, on reconnaît qu'elle est peu fréquente. En compulsant les observations recueillies en grand nombre par MM. Trousseau et Belloc, et empruntées aux principaux auteurs, nous n'en trouvons guère qu'une douzaine qui remplissent les conditions que je viens d'indiquer.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la laryngite ulcéreuse n'est pas une affection du jeune âge. Dans douze observations que j'ai rassemblées, l'âge des sujets a varié entre dix-neuf et soixante-huit ans : la plupart ayant de trente à quarante-cinq ans, ainsi que l'avait déjà remarqué J. Frank. Cependant M. Boudet (2) a cité deux cas de laryngite ulcéreuse bien évidente chez des enfants de huit et de onze ans. C'est là un point d'étiologie qui demande à être plus amplement étudié.

Sexe. En tenant compte de tous les cas de phthisie laryngée recueillis par les auteurs, on trouve une proportion beaucoup plus considérable de sujets du sexe masculin que du sexe féminin. Dans quatorze cas où la laryngite était la maladie principale, je trouve au contraire neuf femmes, c'est-à-dire une proportion tout à fait inverse. Ce résultat est-il uniquement l'effet du hasard ? Je livre cette question à l'attention des observateurs.

Des recherches exactes n'ont point été faites sur la *constitution* la plus favorable au développement de cette maladie; mais on a mis au nombre des causes prédisposantes : *un climat froid*, *l'hiver*, *les affections fréquentes de la gorge*, *les grands efforts de la voix et l'aspiration répétée d'une quantité considérable de poussière dans certaines professions.* Il serait inutile de chercher à contrôler ces assertions, car les faits nous manquent.

2° Causes occasionnelles.

Il est extrêmement difficile de dire quelque chose de positif sur les causes occasionnelles : cela tient, d'une part, à ce que le nombre des observations est trop restreint, et, de l'autre, à ce que les auteurs, quand il s'est agi des causes, ont parlé de toutes les maladies qui constituent la phthisie laryngée en général. Dans les observations que je possède, je trouve trois cas dans lesquels on a attribué la maladie à l'action du *froid;* quant à l'usage *des boissons froides* le corps étant en sueur, aux *cris violents*, à l'*usage immodéré des liqueurs fermentées*, etc., ces

(1) *Cours de mal. syph.*; Paris, 1812, t. I, p. 280.

(2) *Hist. de l'épidémie de croup* (*Archives de médecine*, 3e série, 1842, t. XIII, p. 137).

causes paraissent déterminer bien plutôt la laryngite simple que la laryngite ulcéreuse.

Reste maintenant une cause spécifique qui mérite notre attention : c'est la *syphilis*. Ici les avis sont très partagés. Ainsi, d'une part, nous avons J. Frank et quelques autres auteurs qui pensent que la syphilis est une cause fréquente de la laryngite ulcéreuse ; et, d'autre part, Cullerier, M. Lagneau, qui disent formellement que les ulcères syphilitiques du larynx sont excessivement rares, et Swediaur, Bell, Cirillo, M. Ricord, qui n'en font pas même mention.

Cependant MM. Trousseau et Belloc citent sept observations sur soixante-deux dans lesquelles tout portait à croire que l'affection était de nature syphilitique. Dans les observations que j'ai rassemblées, il en est cinq qui sont évidemment de la même nature. Je citerai, entre autres, celles de Zacutus Lusitanus (1) et de M. Ch. Lépine (2). Ainsi l'opinion de Cullerier et des autres syphiliographes ne saurait être admise.

§ III. — Symptômes.

En parcourant les observations, j'ai été d'abord frappé de la différence qui existe dans la marche des diverses espèces d'ulcération laryngienne. J'ai vu qu'il y en avait plusieurs qui marchaient très rapidement, s'accompagnaient de symptômes très aigus, et donnaient souvent lieu à une terminaison funeste. Je crois donc devoir décrire séparément la *laryngite ulcéreuse aiguë* et la *laryngite ulcéreuse chronique*. Faut-il aussi consacrer un article séparé à la *laryngite ulcéreuse syphilitique?* je ne le pense pas, parce que je n'ai pu trouver aucun caractère particulier dans ses symptômes.

Laryngite ulcéreuse aiguë. Les auteurs n'ont généralement pas étudié cette espèce ; cependant M. Hawkins (3) a décrit une ulcération gangréneuse aiguë qui, selon lui, atteint presque toujours le pharynx avant de gagner le larynx. J'ai trouvé plusieurs cas de laryngite ulcéreuse aiguë bien évidente ; ils sont empruntés à MM. Travers Blackley (4), Mac-Adam (5), Henderson, MM. Cruveilhier (6), Legroux, Costallat, Patissier, etc., etc. J'ai déjà dit que M. Boudet en avait observé deux exemples. Toutefois ces observations n'ont pas été toutes présentées comme des laryngites ulcéreuses, parce que la maladie s'est terminée par un *œdème de la glotte*, affection qui a exclusivement attiré l'attention de leurs auteurs. Mais comme les symptômes qui ont précédé ceux de l'œdème appartiennent évidemment à une inflammation ulcéreuse, et que par conséquent la maladie primitive, principale, celle qui a donné lieu à tous les accidents consécutifs, était la laryngite ulcéreuse aiguë, on ne peut s'empêcher de restituer à cette maladie sa place distincte dans le cadre nosologique.

Début. C'est presque toujours dans le cours ou *dans la convalescence* d'une autre maladie, telle que la pneumonie, une fièvre intermittente, etc., que se développe la laryngite ulcéreuse aiguë. Un *mal de gorge*, souvent léger, parfois intense,

(1) *Prax. med. adm.;* Ludg., 1643, obs. CVII.
(2) *Diss. sur la phthisie lar.*, thèse ; Paris, 1816.
(3) *Lond. med. and phys. Journal*, avril-mai 1823.
(4) *Dublin Journal*, juillet 1838.
(5) *London medical and surgical Rewiew*, octobre 1835 et avril 1841, p. 560.
(6) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. LARYNGITE.

se fait d'abord sentir; la *voix* devient rauque, comme dans la laryngite simple; la *respiration* est un peu gênée; sans accès de suffocation évidents. En même temps la *fièvre* prend une nouvelle force, si la laryngite se déclare dans le cours d'une affection en voie de guérison. Lorsqu'elle survient sans maladie préalable, la fièvre se manifeste d'abord avec peu d'intensité : la peau est chaude, le pouls dur, développé, un peu plus fréquent qu'à l'état normal. Il est très facile alors de prendre la maladie pour un mal de gorge ordinaire, car rien dans l'expectoration ou dans les autres signes locaux n'annonce la présence des ulcérations, qui peut-être aussi n'existent point encore.

Symptômes de la maladie confirmée. Après un temps qui, dans les observations que j'ai sous les yeux, varie entre vingt-quatre heures et quatre ou cinq jours, les symptômes prennent de l'accroissement: la *voix* s'éteint ou devient seulement beaucoup plus rauque; les efforts pour parler augmentent la *douleur* et causent de l'anxiété. La *toux*, qui au début était légère, devient fréquente; dans l'observation citée par M. Travers-Blackley, elle est désignée comme *croupale;* elle détermine encore plus de douleur que les efforts de la voix, et occasionne une sensation de déchirure dans le larynx.

La *respiration* devient gênée, anxieuse; parfois même elle est sifflante et striduleuse, comme l'a remarqué M. Travers-Blackley. M. Legroux (1) a constaté l'existence d'un *ronflement* remarquable, et d'autres auteurs ont comparé le bruit produit dans la respiration *au cri d'un jeune coq*, etc. Mais ces divers bruits sont bien plus souvent dus à l'œdème de la glotte, produit presque toujours par l'ulcère du larynx.

La matière de l'*expectoration* a été toujours examinée avec le plus grand soin, mais on n'y a pas trouvé de caractère constant, bien tranché, qui pût dans tous les cas faire reconnaître la nature de la maladie. C'est ainsi que je vois, dans les divers auteurs cités plus haut, l'indication d'une expectoration *muqueuse*, *muco-purulente*, ordinairement très abondante. Il est rare qu'on y rencontre des filets de sang.

La *douleur*, qui a déjà été signalée au début de l'affection, devient plus intense; les malades la rapportent au larynx et à la partie supérieure du pharynx. Elle se fait plus particulièrement sentir pendant la déglutition, et parfois même alors on a noté le rejet des boissons par le nez, lorsque l'épiglotte participait d'une manière notable à l'inflammation. La pression exercée sur les côtés du larynx détermine généralement une douleur plus ou moins vive, qui augmente encore si l'on imprime des mouvements de latéralité à l'organe.

Pendant que ces symptômes se sont ainsi aggravés, la *fièvre* a augmenté. Ainsi, dans l'observation publiée par M. Patissier (2), la fièvre, d'abord légère et qui ne revenait que le soir, devint bientôt plus forte et continue.

Tels sont les symptômes que, dans l'état actuel de la science, on peut assigner à la laryngite ulcéreuse aiguë; il en est néanmoins un bon nombre d'autres qui leur succèdent et qui ont avec eux des rapports trop intimes pour qu'on doive les séparer en deux maladies distinctes; mais ces derniers sont des signes appartenant à une affection généralement admise dans le cadre nosologique, et qui, par sa gra-

(1) *Journal des conn. méd.-chir.*, sept. 1839.
(2) *Biblioth. méd.*, 1820, t. LXVII, p. 210.

vité et les soins particuliers qu'elle réclame, mérite de fixer spécialement l'attention du praticien. Cette affection est l'*œdème aigu de la glotte* (laryngite œdémateuse aiguë). Si en effet nous examinons toutes les observations que j'ai déjà citées, et quelques unes de celles qui ont été publiées par M. Miller (1), nous voyons tous les cas se terminer par des signes non équivoques de cette dernière maladie.

On s'étonnera peut-être de me voir ainsi faire deux maladies d'un état pathologique dont j'ai reconnu plus haut l'indivisibilité; mais je rappellerai que, dans cet ouvrage, les considérations pathologiques doivent céder la place aux considérations pratiques, et ce que j'ai fait pour la *laryngite simple* et la *laryngite striduleuse*, je n'hésite pas à le faire pour la *laryngite ulcéreuse* et l'*œdème de la glotte* qui lui succède. En effet, dès que l'infiltration séreuse ou séro-purulente, déterminée par l'inflammation ulcéreuse, a envahi la glotte, il y a pour le praticien une maladie toute nouvelle, qui prend une physionomie propre, et qui exige des moyens de traitement particuliers. Que l'on n'oublie pas, seulement, que l'œdème aigu de la glotte est, dans ces cas, provoqué par les ulcères, et que par conséquent on doit tout faire pour prévenir cet accident; c'est là ce qu'il importe le plus de savoir dans la pratique.

La *laryngite ulcéreuse syphilitique* peut-elle affecter une marche aussi aiguë? C'est ce qu'il m'a été impossible de constater dans les observations que j'ai rassemblées. Mais M. Hawkins (*loc. cit.*) a décrit une forme de laryngite syphilitique qui se rapproche beaucoup de la précédente. L'ulcération aiguë commence, dit-il, par les tonsilles; on aperçoit dans ces organes une ulcération profonde, contenant une escarre épaisse et noirâtre qui s'agrandit avec rapidité et finit par gagner le larynx. Lorsque l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes sont affectés, ajoute M. Hawkins, la mort est inévitable; la glotte se gorge de sérosités, et le malade succombe à une asphyxie lente. Ainsi il n'y aurait de différence entre cette laryngite ulcéreuse aiguë et la laryngite que j'ai décrite, que dans le point de départ de l'ulcération : différence au reste qui n'est pas capitale, car, dans quelques observations, j'ai vu également l'inflammation ulcéreuse attaquer d'abord le pharynx. D'ailleurs, mêmes symptômes, même marche et même terminaison.

Laryngite ulcéreuse chronique. Les symptômes de la laryngite ulcéreuse chronique ont été beaucoup mieux décrits que ceux de la laryngite ulcéreuse aiguë. On le conçoit sans peine, quand on considère que cette forme a pu être étudiée très fréquemment à l'état de complication, c'est-à-dire lorsqu'elle survient dans le cours de la phthisie pulmonaire.

La laryngite ulcéreuse chronique a dans tous les cas un *début* assez lent; il n'est même pas rare de la voir commencer d'une manière insidieuse, et comme un mal de gorge de peu d'importance. Ce n'est qu'à cause de la persistance des symptômes et de leur aggravation continuelle que les malades commencent à concevoir quelques inquiétudes et se décident à consulter le médecin.

La *douleur*, ce symptôme qui était toujours plus ou moins notable dans la laryngite ulcéreuse aiguë, est au commencement très faible; elle n'acquiert une véritable intensité que dans certains cas et vers la fin de la maladie. MM. Trousseau et Belloc disent même que, dans la moitié des cas, ce symptôme est nul depuis

(1) *Mémoire sur la laryngite purulente* (*Lond. med. Gaz.*, janvier 1833).

le début jusqu'à la fin de l'affection. Mais il faut se rappeler que ces auteurs décrivent à la fois la laryngite chronique ulcéreuse et la laryngite chronique simple; et comme dans cette dernière il y a souvent absence de douleur, ce sont ces cas qui ont motivé leur assertion. Si, en effet, j'examine de nombreuses observations empruntées à MM. Adams et Jackson (1), Robert (2), James Bedingfield, Charles Lépine, etc., etc., je trouve que la douleur a toujours existé à un degré plus ou moins considérable dans cette espèce de laryngite. Rarement les auteurs ont recherché si cette douleur augmentait par la pression ou par les mouvements imprimés au larynx; dans un cas où cette exploration fut faite par M. J. Bedingfield (3), la douleur n'était pas notablement augmentée. La *déglutition*, au contraire, a été toujours douloureuse à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Quelquefois on a constaté le *rejet des boissons par le nez*, et c'est lorsque l'épiglotte était notablement altérée. Enfin, même dans les cas où la douleur n'est pas très considérable, il existe dans le larynx une gêne, un embarras marqué qui, par sa persistance, fatigue beaucoup les malades.

L'altération de *la voix* est certainement un des premiers et des plus importants symptômes. Ordinairement cette altération consiste d'abord en un simple enrouement; bientôt la voix devient dure, criarde; les sons les plus discordants sont émis par le malade, surtout lorsqu'il veut faire des efforts notables de la voix. MM. Trousseau et Belloc ont fait à ce sujet des observations plus attentives que les autres auteurs : ils ont trouvé que la plus ou moins grande intensité d'altération du timbre de la voix variait suivant un grand nombre de circonstances. Ainsi, selon eux, le passage d'une température moyenne à une température froide altère moins la voix que le passage du froid au chaud; l'enrouement est augmenté par le besoin de manger, par l'approche de la menstruation, l'abus des plaisirs vénériens. Sans doute il n'est pas impossible que toutes ces causes aient une grande influence sur l'intensité de ce symptôme; mais ce que l'on peut dire en toute assurance, c'est que si ces assertions résultent de l'observation particulière des auteurs, elle ne résulte pas de l'analyse des observations qu'ils ont publiées. Un fait plus certain, avancé par MM. Trousseau et Belloc, c'est que l'enrouement, intermittent d'abord, ne tarde pas à devenir continu et à dégénérer en une aphonie complète. Alors les malades font de très grands efforts pour parler, et l'on entend un bruit strident produit par le passage de l'air sur les parties altérées du larynx qui ne vibrent plus.

La *toux* n'a jamais manqué dans les cas que j'ai sous les yeux; elle est excitée continuellement par une irritation plus ou moins vive du larynx; aussi devient-elle fréquente dès que la maladie s'aggrave. Alors il suffit du passage des aliments, de l'action de parler, d'une forte inspiration, pour la provoquer. MM. Trousseau et Belloc ont signalé une variété de toux qu'ils ont appelée *éructante*, parce qu'elle ressemble à un *rot étouffé :* cette variété appartient à la laryngite ulcéreuse.

L'*expectoration* est donnée par la plupart des auteurs comme un des principaux symptômes. On a signalé des crachats abondants, spumeux, filants, striés de pus

(1) *Lond. med. Repository*, vol. X, p. 201; 1818.
(2) *Journ. de méd.*, an XIII, p. 185.
(3) *Cases of ulceration of the pharynx and larynx* (*Lond. med. Reposit.*, vol. V, p. 101. 1816).

et de sang, ou présentant de petits fragments de pus concret. On a trouvé même dans les matières expectorées des fragments de cartilages ossifiés. Assurément toutes ces espèces de crachats se sont montrées dans la phthisie laryngée ; mais il ne faut pas perdre de vue que la plupart des cas cités par les auteurs ont été observés dans le cours de la phthisie pulmonaire, et que par conséquent les matières expectorées pouvaient appartenir tout aussi bien à la dégénérescence tuberculeuse des poumons qu'à la laryngite ulcéreuse. De toutes ces formes de crachats, celles qui paraissent appartenir plus particulièrement à la laryngite ulcéreuse chronique, sont les crachats purulents, concrets et pelotonnés. La présence d'un fragment de cartilage carié est un signe pathognomonique.

La *respiration* est toujours plus ou moins difficile. Si quelques auteurs, après Borsieri, ont pu dire que parfois il n'existait pas de dyspnée, c'est qu'ils ont eu en vue des cas de laryngite chronique simple. On a décrit très diversement le bruit produit par la respiration : les uns l'ont comparé à un ronflement fort ; d'autres au sifflement de la laryngite striduleuse ; d'autres au cri du coq, etc. J. Frank (*loc. cit.*) a signalé comme symptôme du début un *ronflement inaccoutumé pendant le sommeil :* c'est un point sur lequel le médecin doit avoir son attention fixée.

La *percussion* et l'*auscultation* ont été appliquées à l'étude de l'affection qui nous occupe ; mais tout le monde convient que ces deux moyens d'exploration, si puissants dans le diagnostic des maladies de poitrine, n'a encore été que d'un faible secours dans les affections du larynx. Néanmoins je dois dire que dans quelques cas d'ulcération laryngée, M. Barth a entendu un cri sonore se produire dans le larynx ; que MM. Stokes (1) et Beau (2) ont constaté, dans des cas semblables, l'existence de râles vibrants et comparables, suivant le premier de ces observateurs, au bruit d'une corde de basse. Dans un cas même, M. Stokes a perçu ce bruit d'un seul côté. Ce sont là des faits qui demandent à être confirmés par de nouvelles observations.

M. Hutchinson (3) rapporte un cas de laryngite chronique dans lequel la pression sur le cartilage thyroïde déterminait un bruit sensible de *crépitation :* c'est un phénomène qui n'a pas été noté par d'autres observateurs ; et si l'on se rappelle que, grâce à leur mobilité, les parties cartilagineuses du larynx peuvent produire une crépitation, même à l'état sain, on sera porté à croire que ce signe n'appartient réellement pas à la maladie.

On a cherché à découvrir, par *l'inspection*, les altérations que présente le larynx ; mais malgré l'invention du *speculum laryngis*, cette inspection n'a produit aucun résultat utile. Il en est de même du *toucher* à l'aide du doigt. Néanmoins l'exploration de l'arrière-gorge ne devra pas être négligée, car l'existence de quelques ulcérations dans le pharynx pourra éclairer sur la nature de l'affection laryngée, comme cela a eu lieu quelquefois.

Tels sont les *symptômes locaux* que l'on peut attribuer en propre à la laryngite ulcéreuse chronique. On voit que je n'ai encore parlé ni d'accès violents de suffocation, ni de symptômes d'asphyxie, ni enfin d'aucun des signes qui dénotent la

(1) *Archives de médecine*, 3e série, 1839, t. IV, p. 363.
(2) *Archiv. gén. de méd.*, 3e série, t. IX, p. 121.
(3) *Gaz. méd.*, 1833, t. I, p. 462.

développement de l'*œdème de la glotte :* c'est que, je le répète, je dois réserver ce qui regarde cette dernière affection pour un article séparé.

Maintenant, quels sont les symptômes généraux qui appartiennent à la laryngite ulcéreuse chronique ? Si l'on en croit les auteurs, ils sont extrêmement graves: c'est la fièvre lente, le dépérissement, le marasme. Mais il faut prendre garde encore ici de confondre ce qui appartient à la phthisie pulmonaire avec ce qui appartient à la laryngite ulcéreuse elle-même. Dans les cas où celle-ci s'est montrée seule, le dépérissement a été d'abord nul ou peu marqué ; il n'a même jamais fait de très grands progrès dans le cours de la maladie, et c'est un accroissement notable des symptômes locaux, un degré d'inflammation nouveau, qui ont presque toujours mis fin à l'existence, en produisant un gonflement séro-purulent de la glotte, et par suite l'asphyxie. Seulement, dans les cas de laryngite vénérienne, la syphilis étant devenue constitutionnelle, on remarque les signes à l'ensemble desquels on a donné le nom de *cachexie syphilitique ;* j'en ai vu un exemple remarquable. Dans les derniers temps, lorsque l'inflammation prend un caractère marqué d'acuité, on observe un mouvement fébrile, comme dans la laryngite ulcéreuse aiguë.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très différente, suivant que la laryngite ulcéreuse est aiguë ou chronique : dans le premier cas, elle est rapide, on n'observe pas d'intermittences bien marquées, et l'on voit bientôt survenir les accidents de la laryngite œdémateuse, ainsi que sa terminaison funeste. La laryngite ulcéreuse chronique, au contraire, a une marche lente, irrégulière, de telle sorte qu'à des intervalles plus ou moins grands, les symptômes peuvent se calmer à plusieurs reprises, pour reparaître enfin avec une intensité inaccoutumée, et donner lieu aux mêmes accidents que la laryngite ulcéreuse aiguë.

La *durée* de la maladie ne diffère pas moins. Ainsi, dans les observations de laryngite ulcéreuse aiguë, je trouve des cas qui n'ont pas duré plus de trois ou quatre jours (1), à dater du moment où tous les symptômes étaient devenus très évidents. Rarement cette durée a été de plus de dix ou douze jours. Celle de la laryngite ulcéreuse chronique n'a point été parfaitement déterminée ; elle est souvent de plusieurs années.

La *terminaison* de la laryngite ulcéreuse aiguë est le plus souvent funeste; presque toujours les symptômes ont persisté jusqu'à la mort sans qu'on ait pu les modérer un seul instant. En est-il de même de la laryngite ulcéreuse chronique? Si l'on avait égard à tous les cas de ce genre cités par les auteurs, il faudrait répondre affirmativement, car dans le plus grand nombre il existait, en même temps que la phthisie laryngée, une phthisie pulmonaire, principale cause de la mort. Mais si l'on ne considère que les cas, peu nombreux à la vérité, où les poumons sont exempts de toute altération, on peut conserver l'espoir de sauver le malade, surtout si la laryngite est de nature syphilitique. Néanmoins on ne peut pas se dissimuler qu'il reste encore beaucoup à faire à l'observation à cet égard, car nous possédons fort peu de faits authentiques qui prouvent la terminaison favorable de cette affection.

(1) Observ. de M. Boudet, etc.

Lorsqu'on a réussi à guérir le malade, il est rare que la voix reprenne son caractère primitif. Dans un cas que j'ai observé, la voix est restée presque éteinte, bien que tous les autres symptômes eussent disparu.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations anatomiques sont nombreuses et variées. Dans la *laryngite ulcéreuse aiguë*, on trouve une ou plusieurs ulcérations de la membrane muqueuse, reposant tantôt sur le tissu sous-muqueux, tantôt sur les muscles; ces ulcérations se trouvent ordinairement sur les cordes vocales ou à la base des cartilages aryténoïdes. Le reste de la muqueuse est rouge, et se montre parfois tapissé d'une couche de matière puriforme. Dans un cas, M. Miller a vu une ulcération profonde entre l'épiglotte et la racine de la langue, et une autre à la face inférieure de cet opercule. Dans plusieurs de ceux que j'ai sous les yeux, il existait des abcès sous-muqueux qui souvent s'étendaient au delà du larynx.

Dans la *laryngite ulcéreuse chronique*, des ulcérations irrégulières, reposant principalement sur le cartilage cricoïde, vers son articulation avec les aryténoïdes, laissent à nu une partie plus ou moins étendue de ces cartilages. Ceux-ci sont ossifiés, cariés, nécrosés, en partie détruits. De plus, on observe les lésions que j'ai décrites à l'occasion de la laryngite ulcéreuse aiguë, et qui sont ordinairement survenues à la fin de la maladie, lorsque celle-ci a pris un caractère plus ou moins marqué d'acuité.

On a vu parfois l'épiglotte érodée, à demi rongée, et même percée de part en part, comme Morgagni (1) en rapporte un exemple. Dans un mémoire tout récent, M. Trousseau (2) a décrit des caries et des nécroses très considérables du larynx, avec fistule externe. Il a fait figurer un cas d'ossification et de destruction du cartilage thyroïde qui donne une idée des désordres que cette affection peut produire dans le squelette cartilagineux du larynx.

Enfin, on a trouvé d'autres lésions fort importantes, puisqu'elles ont déterminé la mort; mais elles seront décrites à l'article *Œdème de la glotte*, auquel elles appartiennent plus particulièrement. Ces indications générales suffisent pour caractériser anatomiquement une maladie dont les lésions ont été décrites avec un grand soin par bon nombre d'auteurs.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. La laryngite ulcéreuse aiguë ne peut guère être confondue qu'avec des affections siégeant dans le larynx lui-même.

Je signalerai d'abord la *laryngite aiguë simple.* Ces deux affections se distingueront l'une de l'autre aux signes suivants : La laryngite aiguë simple survient assez fréquemment dans le cours de la santé; elle détermine moins de douleur; elle donne lieu à une expectoration purement muqueuse. La laryngite ulcéreuse aiguë survient presque toujours dans le cours d'une autre affection ; elle occasionne une douleur vive et constante, et parfois les crachats sont puriformes, tachés de sang. Ce diagnostic est peu précis, quoiqu'il soit fondé sur les meilleures observations.

La violence des accès, leur séparation par des intervalles de calme, pendant les-

(1) *De sed. et caus.*, epist. XXVIII, 10.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1842.

quels les symptômes sont très légers, la faiblesse et l'altération de la voix, et enfin le jeune âge des sujets qui en sont affectés, suffisent pour faire distinguer la *laryngite striduleuse* de la laryngite ulcéreuse aiguë.

La *laryngite pseudo-membraneuse* ne sera point, par les mêmes raisons, confondue avec cette dernière maladie, et, de plus, nous aurons souvent, pour la distinguer, la présence des fausses membranes dans le pharynx et leur rejet par expectoration.

La *laryngite ulcéreuse chronique* a des points de ressemblance avec un plus grand nombre de maladies. M. le docteur Barth, à qui nous devons un très bon mémoire sur ce sujet (1), a tracé avec grand soin le diagnostic de cette affection.

Parmi les maladies qui ont leur siége dans le larynx, examinons d'abord la *laryngite chronique simple*. Dans cette affection, comme on l'a vu, la douleur est ordinairement peu vive, et surtout elle ne présente pas d'exacerbations marquées, comme la laryngite ulcéreuse chronique. La gêne de la respiration est moins considérable, et c'est, comme on l'a vu, les cas de ce genre qui ont fait dire à MM. Trousseau et Belloc que chez près de la moitié des sujets la dyspnée n'existait pas. La voix peut être très altérée dans la laryngite simple chronique, mais elle l'est généralement à un degré plus remarquable dans la laryngite ulcéreuse, qui a souvent pour siége principal les cordes vocales. Enfin, cette dernière maladie offre parfois une expectoration de crachats pelotonnés, semblables à du pus concret, qu'il ne faut pas toutefois confondre avec les concrétions du même genre fournies par les amygdales; elle présente aussi quelquefois des débris de cartilage plus ou moins altérés, ce qui est un signe pathognomonique.

On a cherché à distinguer la laryngite ulcéreuse chronique de l'*œdème de la glotte*. C'est une question importante, mais qu'il serait prématuré de traiter dans cet article, et que je renvoie au suivant, où il sera question de la *laryngite séro-purulente* ou *œdémateuse*.

Enfin, un véritable *cancer du larynx* pourrait être pris pour une simple laryngite ulcéreuse. Ce cas est des plus rares et n'intéresse par conséquent le praticien qu'à un médiocre degré. Disons seulement que dans une observation de cancer du larynx, citée par MM. Trousseau et Belloc (*loc. cit.*, p. 132), la présence d'une tumeur ulcérée, au côté gauche et à la partie moyenne du larynx, fit seule reconnaître la nature de la maladie. Jusque-là on aurait pu la confondre soit avec une laryngite ulcéreuse, soit plutôt avec une tumeur d'une nature différente.

Je ne parlerai point ici des *végétations* trouvées dans le larynx, parce que les considérations qui s'y rattachent auront leur place ailleurs.

Parmi les maladies qui ont leur siége hors du larynx, et qu'on pourrait confondre avec la laryngite ulcéreuse chronique, je citerai d'abord les *ulcères de la trachée*, dont MM. Cayol (2) et Barth (*loc. cit*, p. 170) ont rapporté des exemples remarquables. Voici comment ce dernier auteur distingue ces ulcères de ceux du larynx : « Le siége de la douleur à la partie inférieure du cou, ou derrière la partie supérieure du sternum, la raucité peu prononcée de la voix, avec les autres symptômes d'ulcération des voies aériennes, indiquent que ces ulcérations occupent la trachée. »

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1839, t. V, p. 137 et suiv.

(2) *Recherch. sur la phthisie trach.*, thèse; Paris, 1810.

On a cherché aussi à distinguer l'*asthme* et l'*emphysème pulmonaire* de la laryngite ulcéreuse chronique. Ce diagnostic me paraît peu important ; il suffit de se rappeler que dans l'asthme le timbre de la voix n'est pas sensiblement altéré, pour ne pas confondre deux maladies qui n'ont d'autre point de ressemblance que la dyspnée et l'inspiration sifflante. Enfin, on a cité, comme pouvant donner lieu à une erreur de diagnostic, l'existence d'un *croup chronique*. Je n'insisterai pas sur ce diagnostic, qui ne pourrait porter que sur des cas entièrement exceptionnels.

Après avoir ainsi exposé les signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse, voyons si, d'après les symptômes, on pourrait reconnaître sa nature et le siége précis qu'elle occupe dans le larynx.

1° *La laryngite ulcéreuse est-elle ou non syphilitique?* Cette question offre de grandes difficultés; elle est même insoluble dans un certain nombre de cas. Voici les signes indiqués par M. Barth : « S'il y avait absence de tout phénomène morbide du côté de la poitrine, surtout si le malade portait les traces d'une infection vénérienne constitutionnelle (ulcères ou cicatrices aux lèvres, à la gorge; pustules muqueuses, etc.), il faudrait regarder les ulcères comme de nature syphilitique. » Il est par conséquent inutile de dire que le médecin doit explorer avec le plus grand soin toutes ces parties, et surtout le pharynx, où parfois des ulcérations semblables à celles du larynx ont été observées.

2° *L'affection peut-elle être idiopathique, quoique non syphilitique? ou n'est-elle jamais qu'une complication d'une maladie plus grave, la phthisie pulmonaire?* Ici s'élèvent de nouvelles difficultés. On lit dans les auteurs un certain nombre d'observations où, à l'autopsie, on n'a trouvé de lésions que dans le larynx. Malheureusement beaucoup de ces observations manquent des détails les plus importants. Néanmoins, comme il en est quelques unes qui sont concluantes, et entre autres la première du mémoire de M. Barth, on est porté à en rechercher le diagnostic, quoique les cas soient extrêmement rares. Disons avec l'auteur qui vient d'être cité : « S'il y a à la fois absence complète de symptômes du côté des poumons, et de traces d'affection syphilitique, et si les phénomènes propres aux ulcérations surviennent sans nouveau mouvement fébrile, à la suite d'une laryngite aiguë, on peut regarder ces ulcérations comme idiopathiques. » Toutefois je dois ajouter que ce diagnostic a besoin d'être confirmé par les faits, et que, d'un autre côté, il est bien difficile, dans certains cas, de se prononcer sur l'existence des symptômes de la phthisie pulmonaire. On ne doit donc pas accorder à ces signes distinctifs une trop grande valeur.

3° *Quel est le point précis occupé par la solution de continuité?* Laissons encore parler M. Barth, qui a parfaitement traité cette question. Il dit : « Le siége de la douleur au-dessus du larynx, la difficulté de la déglutition, le retour des boissons par le nez, indiqueront que les ulcérations occupent l'épiglotte ou bien le pourtour de l'orifice supérieur du larynx, ou enfin qu'elles ont profondément altéré les cartilages aryténoïdes ou les muscles du larynx. La raucité prononcée fera penser qu'elles siégent sur les cordes vocales et ont une certaine étendue. L'extinction complète de la voix dénotera que les cordes vocales sont toutes deux profondément ulcérées, les ligaments thyro-aryténoïdiens ou les muscles du même nom altérés, ou les cartilages aryténoïdes détruits. »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et de la laryngite simple aiguë.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Survient presque toujours dans *la convalescence* d'une autre maladie.	Survient le plus souvent au milieu d'une *bonne santé.*
Expectoration *puriforme;* filets de sang.	Expectoration *muqueuse.*
Douleur vive.	*Douleur* plus légère.

Ce diagnostic est loin d'être rigoureux, et dans plusieurs cas il est inapplicable.

2° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et du pseudo-croup.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	PSEUDO-CROUP.
Accès moins marqués; symptômes plus ou moins violents dans les *intervalles.*	*Accès* violents; dans les *intervalles,* symptômes légers.
Mouvement fébrile plus ou moins intense.	*Mouvement fébrile* nul ou presque nul.
Voix toujours profondément *altérée.*	*Voix* seulement un peu *enrouée* dans l'intervalle des accès.
N'attaque guère que les *adultes.*	N'attaque guère que les *enfants.*

3° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et du croup.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	CROUP.
Dans le *pharynx*, *point d'altération*, si ce n'est des ulcères, dans quelques cas.	*Pseudo-membranes* dans le *pharynx.*
Expectoration muco-purulente, quelquefois striée de sang.	*Fausses membranes* dans les matières expectorées.
Dyspnée médiocrement intense dans les premiers jours.	*Suffocation* dès que la fausse membrane envahit le larynx.

4° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse chronique et de la laryngite chronique simple.*

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.	LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.
Douleur vive à certaines époques de la maladie.	*Douleur nulle* ou légère.
Dyspnée plus ou moins intense, surtout à certaines époques.	*Respiration facile* ou médiocrement gênée.
Voix toujours *notablement altérée,* souvent entièrement éteinte.	*Voix* parfois *médiocrement altérée.*
Expectoration *muco-purulente:* grumeaux de pus concret, parfois striés de sang.	Expectoration purement *muqueuse.*

5° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse chronique et de la trachéite ulcéreuse.*

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.	TRACHÉITE ULCÉREUSE.
Douleur fixée à la *partie supérieure* du larynx.	*Douleur* à la *partie inférieure* du cou ou derrière la partie supérieure du sternum.
Voix profondément *altérée.*	*Voix* presque *intacte.*

6° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse non syphilitique et de la laryngite ulcéreuse syphilitique.*

LARYNGITE ULCÉREUSE NON SYPHILITIQUE.	LARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.
Commémoratifs. Point d'infection vénérienne.	*Commémoratifs. Infection* vénérienne.
Point d'ulcères ou de cicatrices aux lèvres, à la gorge; point de pustules muqueuses, de syphilides, etc.	*Traces syphilitiques* sur d'autres parties du corps; syphilides, pustules, cicatrices, etc.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ce dernier diagnostic ne peut jamais présenter une certitude absolue, excepté toutefois lorsque des symptômes vénériens consécutifs bien prononcés coïncident avec l'apparition de la laryngite.

Pronostic. Ce que j'ai déjà dit de la terminaison de la maladie prouve assez combien elle est grave. Il est bien peu d'exemples d'une *laryngite ulcéreuse aiguë* qui se soit terminée par la guérison. Quant à la *laryngite ulcéreuse chronique*, on trouve un plus grand nombre de cas où la terminaison a été heureuse; ce sont surtout ceux qui étaient de nature syphilitique, et qui ont cédé à un traitement mercuriel.

L'ancienneté de la maladie, les désordres profonds annoncés par les matières organiques contenues dans l'expectoration, rendent le pronostic plus grave : toutefois il peut y avoir quelques exceptions à cette règle générale, puisque chacun connaît ce fait tant de fois cité, dans lequel Hunter a vu un homme guérir parfaitement après l'expectoration d'un fragment du cartilage cricoïde carié; mais ces exceptions sont excessivement rares.

Il est presque inutile de dire que la laryngite ulcéreuse, compliquant la phthisie pulmonaire, doit être considérée comme mortelle.

Reste maintenant une question qui a été fort débattue, et qui a divisé les meilleurs esprits : *La phthisie pulmonaire peut-elle être consécutive à la laryngite ulcéreuse? peut-elle être, comme on l'a dit, produite par cette laryngite?* On a cité des cas dans lesquels, malgré l'existence incontestable d'une laryngite ulcéreuse, la poitrine, explorée par tous les moyens connus, et avec beaucoup de soin, n'a présenté d'abord aucun signe de tubercules, et dans lesquels la phthisie pulmonaire, s'étant déclarée plus tard, a causé la mort. S'ensuit-il que, dans ces cas, la phthisie pulmonaire ait réellement été produite par la laryngite ulcéreuse? Le fait ne me paraît pas démontré; car : 1° les signes diagnostiques, au début d'une phthisie pulmonaire, ne sont pas assez sûrs, dans tous les cas, pour que les hommes les plus exercés ne puissent les méconnaître; et 2° les faits cités sont en trop petit nombre pour prouver qu'il n'y a pas eu une simple coïncidence entre le développement de la phthisie pulmonaire et celui de la laryngite ulcéreuse.

§ VII. — Traitement.

Une grande difficulté s'élève quand il s'agit du traitement de la laryngite ulcéreuse. On en comprendra facilement la cause : les observateurs n'ayant pas eu soin de distinguer cette forme de laryngite de plusieurs autres qui ont avec elle des points de ressemblance, il en résulte que les moyens de traitement ont été appliqués indistinctement à des états très divers. Je vais faire connaître ce que l'on trouve

de plus précis dans les faits publiés, en engageant les médecins à vérifier l'exactitude des assertions émises par les auteurs.

Il serait inutile de remonter bien haut dans l'histoire de la médecine pour chercher des moyens de traitement propres à la laryngite ulcéreuse. A une époque reculée, en effet, le diagnostic, moins précis encore que dans les dernières années, ne permettait pas d'indiquer un traitement spécial pour chaque espèce de laryngite. Toutefois on ne saurait admettre, avec MM. Trousseau et Belloc, que les anciens n'ont rien laissé sur le traitement de la phthisie laryngée. Déjà Vidus Vidius (1), qui a reconnu et décrit les ulcères du larynx mieux que ne l'ont fait après lui beaucoup d'auteurs, qui a même très bien indiqué la terminaison par suffocation, et qui enfin a parlé en propres termes de la communication de la phthisie laryngée aux poumons, a donné de nombreux moyens thérapeutiques contre cette maladie. Zacutus Lusitanus (2), Th. Bonet (3), et enfin Carolus Musitanus (4), ont ensuite imité son exemple. J'indiquerai les principaux moyens mis en usage par ces auteurs.

Traitement de la laryngite ulcéreuse aiguë. Les symptômes d'inflammation étant très violents dans cette affection, on est tout naturellement porté à leur opposer un traitement antiphlogistique énergique; aussi, dans aucun cas, les médecins n'y ont-ils manqué. Ainsi on a appliqué de nombreuses *sangsues* à la partie antérieure du cou, et la *saignée générale* a été fréquemment employée. Le praticien doit nécessairement avoir recours à ces moyens. Toutefois il ne doit pas espérer d'obtenir par eux une guérison radicale; mais, en faisant tomber l'inflammation violente du larynx, il fait disparaître le gonflement des parties molles, remédie à la suffocation, et réduit la maladie à un simple ulcère. Les réflexions suivantes, faites à ce sujet par MM. Trousseau et Belloc, me paraissent devoir être prises en considération par le praticien : « Les faits, disent-ils (p. 308), nous ont appris que la saignée du bras donne, en général, des *résultats* plus favorables que l'application des sangsues vers le siége du mal, à moins pourtant que celles-ci ne soient mises en grand nombre. L'application des *ventouses scarifiées à la nuque* est encore un moyen utile; il passe pourtant après les deux autres. Des motifs particuliers devront faire préférer un mode spécial d'émission de sang. Ainsi on appliquera des sangsues aux cuisses, si la maladie du larynx coïncide avec la suppression ou la diminution du flux menstruel; au siége, s'il y a eu des hémorrhoïdes dont la suppression ait coïncidé avec l'inflammation du larynx, etc., etc. »

Émollients. On proscrit ordinairement des *boissons* et des *gargarismes émollients :* ces moyens ne peuvent être regardés que comme des adjuvants. Quant aux *cataplasmes chauds* dont on entoure le cou, MM. Trousseau et Belloc pensent qu'ils produisent quelquefois un effet tout opposé à celui qu'on en attendait. « Ils provoquent, disent-ils, vers la gorge, une fluxion sanguine considérable, et les accidents, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation. » On aura égard à ces considérations, tout en regrettant qu'elles ne soient pas appuyées sur des faits plus positifs.

Narcotiques. Les narcotiques ont été aussi fréquemment employés soit à l'inté-

(1) *Opera omn.;* Francofurti, 1696, lib. VIII, cap. VI, p. 315.
(2) *Prax. med. admir.*, obs. CVII; Lugd., 1643.
(3) *Polyathes*, t. II; Gen., 1691, p. 31.
(4) *Opera medica*, t. II, cap. 43, p. 213; Genevæ, 1716.

rieur, soit par le moyen des *fumigations ;* mais à ce sujet je ne dois pas répéter ce que j'ai dit relativement à la laryngite simple chronique (*voy.* p. 125). La même réflexion s'applique à l'emploi du *calomel*, des *vésicatoires*, de l'huile de *croton tiglium*, des *éméto-cathartiques ;* et on le conçoit facilement quand on pense qu'avant d'avoir produit l'œdème ou l'infiltration séro-purulente de la glotte, la laryngite ulcéreuse est généralement traitée comme une laryngite aiguë simple. D'un autre côté, rappelons-nous que ces divers moyens ont réussi bien rarement dans les cas d'ulcère confirmé, ce qui a fait dire au docteur James Bedingfield (*loc. cit.*) : « Tous les cas d'ulcération du larynx et de la trachée ont eu une issue funeste, et je me sens par conséquent incapable d'indiquer quelque mode satisfaisant de traitement. » Il est donc évident que, dans ces cas, les médications mises en usage ont jusqu'à présent une importance médiocre. On doit néanmoins faire une exception en faveur des *larges vésicatoires* appliqués sur le larynx ; car, dans deux cas de guérison cités par M. Miller (*loc. cit.*), c'est le moyen qui a agi le plus efficacement.

Lorsque les symptômes d'œdème de la glotte se manifestent, il faut se hâter de recourir aux moyens qui seront indiqués dans le traitement de cette affection.

Si, au contraire, les symptômes inflammatoires ont disparu, la maladie est réduite à l'état d'ulcère du larynx, qu'il faut traiter par les moyens que nous allons indiquer dans le traitement de la laryngite ulcéreuse chronique.

Traitement de la laryngite ulcéreuse chronique. On remarque, dans le cours de cette affection, des exacerbations plus ou moins nombreuses, pendant lesquelles apparaissent des symptômes d'acuité. Il faut alors mettre en usage le traitement qui vient d'être indiqué pour la laryngite ulcéreuse aiguë. Mais, hors de ces époques, on se conduira ainsi qu'il suit.

Les moyens diffèrent suivant qu'on pense que la maladie est ou n'est pas syphilitique. Dans ce dernier cas, il faut avoir recours à presque tous les remèdes indiqués à l'article *Laryngite chronique simple* (*voy.* p. 123 et suiv.).

On prescrira une *tisane* légèrement excitante, telle que l'infusion de sauge, de romarin, etc. ; on pourra varier ces infusions suivant le désir des malades.

Révulsifs. Les révulsifs sont peut-être plus nécessaires dans cette espèce de laryngite chronique que dans toute autre, non qu'ils puissent par eux-mêmes faire obtenir la cicatrisation des ulcères, mais parce qu'ils peuvent empêcher l'inflammation de leurs bords, et l'infiltration qui en est la suite, ainsi que tout le cortége d'accidents qui constitue la *laryngite œdémateuse* ou *séro-purulente.* Ainsi on aura recours à de *larges vésicatoires* appliqués sur la partie antérieure du cou, à la nuque et sur la poitrine ; aux *frictions stibiées ;* à l'emploi de la *potasse caustique*, d'après le procédé de MM. Trousseau et Belloc ; aux frictions avec l'*huile de croton tiglium* sur les points laissés intacts (1).

Narcotiques. On a aussi recours aux divers médicaments narcotiques. On pourra mettre en usage ceux qui ont été indiqués dans l'article déjà cité ; toutefois je dois dire que J. Frank ne leur accorde pas une grande confiance ; il ne fait d'exception que pour la *jusquiame noire*, qu'il prescrit à l'intérieur et à l'extérieur. Voici comment il administre ce médicament :

(1) *Voy.* pour tous les détails, l'article *Laryngite simple chronique*, p. 123 et suiv.

Émulsion de J. Frank.

℞ Semences de jusquiame noire.	1,25 gram.	Poudre de gomme arabique..	ãã 8 gram.
Amandes douces..........	8 gram.	Sucre blanc...............	

Triturez et ajoutez :

Eau.................... .... Q. s.

Pour une émulsion de 500 grammes.

M. Hawkins (*loc. cit.*) recommande les fumigations avec les feuilles de ciguë, faites de la manière suivante :

℞ Feuilles de ciguë.......	5 gram.	Eau bouillante..........	500 gram.

Le malade enveloppera sa tête d'un linge, et respirera pendant cinq ou dix minutes la vapeur chargée du principe médicamenteux.

A l'extérieur, ce praticien ordonne de légères frictions avec l'*huile cuite de jusquiame*, sur la partie antérieure du cou, et il affirme qu'un grand nombre de malades ont été soulagés par ce moyen. Enfin on pourra avoir recours à l'*emplâtre de belladone*, recommandé par MM. Graves et Stokes (*voy.* p. 126).

Les anciens employaient, à l'intérieur, plusieurs médicaments qui sont abandonnés aujourd'hui, et, il faut l'avouer, avec raison ; car non seulement on ne trouve nulle part des faits qui leur soient favorables, mais encore ils sont variables dans leur composition. Je ne citerai pour exemple que les baumes de soufre (simples dissolutions dans diverses huiles fixes ou volatiles), qui ont été préconisés par Th. Bonet et Carolus Musitanus (*loc. cit.*).

Médication topique. Cette médication doit être regardée comme la plus importante, car parmi celles qui ont été indiquées jusqu'à présent, il n'en est aucune qui compte des succès bien authentiques. Je ne puis encore que renvoyer à ce qui a été dit à l'occasion de la laryngite simple chronique sur l'emploi des *fumigations sèches*, des diverses *cautérisations*, et de l'*insufflation des médicaments pulvérulents*. Je ferai seulement remarquer ici que déjà Vidus Vidius avait une idée de l'influence des topiques sur les ulcères laryngés. Voici en effet un gargarisme qu'il recommande d'employer dans tous les cas :

Gargarisme de Vidus Vidius.

℞ Orge..................	2 poignées.	Raisins secs.............	ãã 15 gram.
Roses rouges............	30 gram.	Jujubes.................	
Feuilles d'apium graveolens	15 gram.	Figues sèches...........	
Racine de réglisse........	15 gram.		

Faites bouillir le tout dans :

Eau commune............................ Q. s.

Continuez l'ébullition jusqu'à réduction d'un tiers,

et édulcorez avec :

Miel rosat.......................... 30 gram.

Se gargariser cinq ou six fois par jour.

Vidus Vidius avait encore imaginé d'incorporer dans le miel certaines substances astringentes ou absorbantes, telles que la *terre sigillée*, l'*encens*, la *myrrhe*, réduits

en poudre, et de faire avaler lentement au malade ces préparations qui avaient une consistance moyenne entre le sirop et l'opiat, de manière à ce qu'une portion du médicament s'arrêtât sur la partie supérieure du larynx. Il espérait même qu'il en entrerait une certaine quantité dans la cavité de cet organe. C'est là évidemment une tentative de médication topique, mais encore bien grossière.

M. Patissier (1) a essayé, chez un sujet, le médicament suivant :

℞ Miel................	120 gram.	Sulfure de potasse.........	2 gram.

Mêlez. Frottez avec ce mélange l'intérieur de la bouche et du pharynx.

Ce remède n'a paru avoir aucun effet favorable dans ce cas.

Aujourd'hui on emploie l'*insufflation* et l'*introduction* d'un liquide médicamenteux à l'aide d'une éponge portée sur une baleine, qui font parvenir directement une partie du remède sur le point qu'il faut guérir. Parmi les substances médicamenteuses qu'on doit porter ainsi dans le larynx, il faut principalement choisir les caustiques liquides ; les médicaments pulvérulents ont l'inconvénient de déterminer une toux bien plus violente, bien plus opiniâtre, et par conséquent de nuire au succès de la médication. Si toutefois on choisissait un médicament pulvérulent, c'est au *nitrate d'argent* qu'on donnerait la préférence, et l'on emploierait une des formules citées à la page 133.

Traitement de la laryngite ulcéreuse syphilitique. C'est, avons-nous dit, dans cette affection que les succès les plus nombreux ont été obtenus ; aussi, dès que l'on peut avoir, non pas la certitude, mais seulement quelques soupçons que la laryngite est de nature vénérienne, on doit se hâter d'employer un traitement approprié.

Pour *tisane*, J. Frank conseille la *décoction de racine de salsepareille* mêlée avec du lait. Zacutus Lusitanus (*loc. cit.*, *De rauced. voc.*) cite un cas de guérison dans lequel la salsepareille a été seule employée. Le sujet était un homme qui avait contracté anciennement la syphilis, et qui depuis plusieurs années avait la voix tellement altérée, qu'il ne pouvait pas se faire comprendre.

Suivant M. Hawkins (*loc. cit.*), la salsepareille a l'inconvénient de troubler les fonctions de l'estomac. Pour obvier à cet inconvénient, il recommande d'ajouter à la décoction une petite quantité de *gingembre*.

On devra employer concurremment une *préparation mercurielle :* ainsi les *pilules de Sédillot*, suivant la formule de M. Rayer (*voy.* p. 87), ou bien les suivantes :

Pilules de proto-iodure de mercure.

℞ Proto-iodure de mercure.	àà 1 gram.	Extrait gommeux d'opium.	0,45 gram.
Thridace............	àà 1 gram.	— de galac.........	4 gram.

Pour trente pilules. A prendre, une le soir, cinq heures après le repas, ou une le matin et une le soir, si l'on juge à propos d'augmenter la dose.

Les auteurs anglais recommandent en général l'emploi du *calomel*, mais ils ne sont pas d'accord sur la dose : ainsi, tandis que M. Hawkins conseille de pousser l'usage de ce médicament jusqu'à la salivation, J. Cheyne (2), au contraire, regarde

(1) *Bibl. méd.*, t. LXVII, p. 2101 ; 820.
(2) *Cyclop. of pract.*, art. LARYNGITIS.

cet effet du mercure comme bien funeste. Les faits n'ont point encore prononcé sur ce point.

Plusieurs praticiens, parmi lesquels il faut compter M. Hawkins, ont recommandé particulièrement les *fumigations de cinabre*, que l'on devra pratiquer avec les précautions longuement indiquées à l'article *Coryza ulcéreux* (*Ozène*).

Il est bien entendu que si ces préparations mercurielles ne suffi[illegible]t pas, on les remplacerait par une des nombreuses formules qui se trouvent dans les pharmacopées. Toutefois on ne doit pas les abandonner trop facilement. Il est bien plus important encore de ne pas s'obstiner à administrer les préparations mercurielles dans des cas où la constitution paraît altérée par l'abus même du mercure; on augmenterait le désordre, au lieu d'y remédier. Dans un cas semblable, on aurait recours probablement avec plus de succès, à la tisane de Feltz, qui contient une substance à laquelle l'organisme n'est pas encore habitué. En voici la formule :

Tisane de Feltz.

℞ Salsepareille................	60 gram.	Sulfure d'antim. lavé à l'eau bouil.	90 gram.
Colle de poisson.............	10 gram.	Eau.........................	2 litres.

Réduisez à un litre. A prendre dans la journée, par verres.

J. Frank accorde beaucoup de confiance à de *légères frictions mercurielles*; c'est en effet un moyen qui a été de tout temps regardé comme très efficace dans les symptômes consécutifs de la syphilis. On les pratiquerait ainsi qu'il suit :

FRICTIONS MERCURIELLES.

Chaque jour, une friction faite alternativement sur la partie interne des cuisses et des bras, de sorte que tous les quatre jours on recommence les frictions par le membre sur lequel on les a d'abord pratiquées. Tous les quatre jours, un bain tiède, à la suite duquel le malade se couchera dans un lit chaud, de manière à provoquer une douce transpiration. Pour chaque friction, on emploie 2 grammes d'onguent mercuriel. La durée de la friction varie de cinq à dix minutes. Pendant toute la durée de ce traitement, il faut éviter avec soin le froid et l'humidité. Le médecin doit surveiller attentivement l'état de la bouche, de crainte qu'il ne survienne un afflux sanguin vers la gorge, qui augmente les accidents que l'on veut combattre.

M. le docteur Audouard (1) pense que ces frictions ont plus d'efficacité lorsqu'elles sont *pratiquées sur les parties génitales*, à cause de la sympathie qui existe entre ces parties et le larynx; mais rien, pas même l'observation rapportée par ce médecin, ne prouve l'exactitude de cette assertion.

L'*onguent mercuriel de Cirillo* pourrait être employé de la même manière, mais à une dose moitié moindre. Voici sa préparation :

℞ Deutochlorure de mercure.	4 gram.	Axonge.................	30 gram.

Mêlez et triturez ensemble dans un mortier de verre, pendant douze heures.

Si une seule friction par jour paraissait insuffisante, on en prescrirait deux par jour avec les précautions que je viens d'indiquer. Enfin, si l'on jugeait nécessaire

(1) *Revue méd.*, 1837.

d'employer un médicament topique, on aurait recours à l'insufflation de la poudre de calomel, suivant la formule indiquée à la page 381.

Telles sont les médications conseillées dans la laryngite ulcéreuse. Je n'ai point encore parlé de quelques moyens qui ne peuvent être regardés que comme des adjuvants, tels que les *purgatifs*, les *pédiluves*, les *manuluves sinapisés*, les *lavements excitants*. Il suffit de les mentionner.

Trachéotomie. Je dois encore répéter ici ce que j'ai dit plusieurs fois, c'est que dans cet article il n'est question que de la laryngite ulcéreuse qui n'a pas encore déterminé une infiltration et une tuméfaction de la glotte assez considérables pour produire un commencement d'asphyxie. Or, dans ces cas, on ne saurait se décider à pratiquer une opération que la dyspnée peu intense n'indique nullement. Cependant on a pensé, et M. Bedingfield a proposé formellement, de pratiquer la laryngo-trachéotomie, afin de pouvoir porter directement sur le siége du mal les médicaments convenables. Je ne pense pas qu'une pareille pratique soit admissible. L'opération, en effet, a par elle-même des dangers que l'on ne saurait nier; et tant que la respiration est encore possible, il reste au médecin d'assez nombreux moyens à expérimenter, pour qu'il ne se presse pas d'employer l'instrument tranchant. MM. Trousseau et Belloc s'expriment, à ce sujet, ainsi qu'il suit : « Quand la tuméfaction de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent en est venue au point de ne plus permettre à une suffisante quantité d'air de s'introduire dans les poumons, on doit ouvrir à la respiration une nouvelle voie assez large pour prévenir la mort qui est imminente. » Personne aujourd'hui ne s'élèvera contre un pareil précepte, mais il s'applique bien plutôt à la *laryngite œdémateuse ou séro-purulente*, comme on le verra dans l'article suivant.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA LARYNGITE ULCÉREUSE.

1° Le malade devra garder un silence presque absolu, ou même absolu, si le cas est assez grave pour l'exiger.

2° Il se couvrira le corps de flanelle, évitera avec soin le froid et l'humidité.

3° Il évitera de marcher rapidement contre le vent, et d'aspirer des poussières qui pourraient provoquer la toux.

4° Il s'interdira les grandes fatigues corporelles et les excès de tout genre.

Régime. On peut consulter, pour le régime, l'article *Laryngite simple*. Il est inutile de dire que dans la laryngite ulcéreuse aiguë, la diète doit être absolue; mais dès que les symptômes inflammatoires ont disparu, on ne doit plus insister sur un régime trop sévère qui affaiblirait inutilement le malade. Cette recommandation est encore plus importante pour les cas où la constitution a été détériorée par une syphilis invétérée. Alors le *régime nutritif* et une petite quantité de *vin vieux* deviennent nécessaires.

Je n'ai point parlé jusqu'à présent du traitement des lésions qui peuvent exister dans une autre partie du corps, concurremment avec la laryngite ulcéreuse. Il n'entre pas en effet dans mon plan de traiter des complications. Néanmoins, comme dans certains cas, la laryngite ulcéreuse, tout en restant la maladie principale, peut s'accompagner de symptômes encore peu intenses de *phthisie pulmonaire*,

je dois ajouter que le médecin doit surveiller attentivement l'état de la poitrine, afin de pouvoir, dans des cas semblables, mettre au plus tôt en usage les moyens qui conviennent dans cette dernière maladie, et qui seront indiqués lorsque j'en tracerai l'histoire.

Résumé; ordonnances. Je ne présenterai ici qu'un petit nombre d'ordonnances, la plupart de celles qui ont été consignées dans l'article *Laryngite simple chronique* pouvant s'appliquer à la laryngite ulcéreuse.

Ire Ordonnance.

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE, NON SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Sommités de sauge ou de romarin 10 gram. | Eau bouillante............... 1 kilogr.

Faites infuser pendant un quart d'heure; édulcorez avec :

Sirop de gaïac.............................. 30 gram.

A prendre par grands verres dans la journée.

2° Un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou.

3° Insufflation, matin et soir, avec la poudre de nitrate d'argent (*voy.* p. 133).

4° Maintenir le ventre libre à l'aide de minoratifs. Un pédiluve sinapisé tous les soirs.

5° Se couvrir le corps de flanelle; éviter le froid et l'humidité; garder le silence; suivre un régime doux et léger.

A l'aide des nombreux détails donnés à l'article *Laryngite simple chronique*, on pourra faire d'autres ordonnances qui s'appliqueront à tous les cas.

IIe Ordonnance.

LARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Salsepareille incisée......	65 gram.	Écorce de garou........	} àâ 10 gram.
Galac râpé............ }	àâ 10 gram.	Colle de poisson....... }	
Écorce de buis........ }		Eau...................	1500 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un litre, et passez. A prendre par verres, dans la journée (tisane d'Arnoud).

Édulcorez avec

Sirop de gentiane......................... 60 gram.

2° Tous les jours, une ou deux pilules de proto-iodure de mercure (*voy.* p. 229).

3° ℞ Onguent mercuriel.... 50 gram. | Extrait de belladone....... 10 gram.

Mêlez exactement.

Faire matin et soir, sur la partie antérieure du cou, une friction avec 4 grammes de ce mélange (Trousseau et Belloc);

Ou bien prescrire les frictions mercurielles suivant le procédé de J. Frank.

4° Employez les autres moyens prescrits dans les cas de laryngite ulcéreuse non syphilitique.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Laryngite ulcéreuse aiguë :* saignées ; émollients ; narcotiques ; révulsifs.

2° *Laryngite ulcéreuse chronique :* révulsifs ; narcotiques ; caustiques liquides ou pulvérulents ; gargarismes excitants ; astringents ; cathérétiques.

3° *Laryngite ulcéreuse syphilitique :* sudorifiques ; mercuriaux ; tisane de Feltz, etc.

ARTICLE VI.

OEDÈME DE LA GLOTTE (*laryngite œdémateuse et séro-purulente*).

La terminaison des diverses angines a, de tout temps, fixé l'attention des patho-ogistes. Ils ont tous signalé le grave danger de ces affections, lorsqu'elles pren-ıent une intensité notable, et la mort, survenue par asphyxie dans les cas nombreux que possède la science, les a frappés vivement. Mais quelle était la véritable cause le cette asphyxie? Quelle était la lésion anatomique qui rendait ainsi le canal érien imperméable à l'air? Voilà ce que l'absence de connaissances anatomico-athologiques bien précises ne leur permettait pas toujours d'établir. L'infiltration éreuse ou séro-purulente de la glotte est, parmi les lésions qui déterminent ce enre de mort, celle qui est restée le plus longtemps inconnue. Il faut arriver à Morgagni (1) pour trouver des détails circonstanciés sur l'infiltration des parties molles du larynx chez des individus affectés de laryngite ulcéreuse chronique. Plus ard Bichat (2) a indiqué en quelques mots les lésions anatomiques de cette ffection, et, de plus, signalé ses symptômes les plus saillants. Il dit (p. 399) : Ce qu'il y a de certain, c'est que la portion (de la membrane muqueuse) qui orme l'ouverture supérieure du larynx est soumise à une espèce particulière d'en-orgement séreux qui ne se manifeste en aucun autre endroit, et qui, épaississant eaucoup ses parois, suffoque souvent en très peu de temps les malades. » Plus oin encore (p. 404), il cite un exemple de cette affection survenue chez un chien, uquel il avait pratiqué des incisions au-dessus du larynx, et dont il avait percé épiglotte. « Une fois, dit-il, un des chiens soumis à cette expérience est mort, le ndemain, d'une angine séreuse exactement semblable à celle qui suffoque tout à oup les malades, et qui a son siége dans les deux replis de membrane muqueuse endus entre les aryténoïdes et l'épiglotte. »

Mais quelque précises que fussent ces indications, il y avait loin de là à la des-ription détaillée de la maladie et à l'appréciation des principales circonstances dans esquelles elle se produit. Aussi peut-on dire qu'avant Bayle la maladie n'était réel-ement pas connue, car il ne faut pas se laisser tromper par certaines dénomina-ons employées par les auteurs du dernier siècle. Lorsqu'on lit, par exemple, la escription faite par Boerhaave et son commentateur, sous le titre d'*Angina aquosa*, n est bientôt convaincu que ces deux médecins célèbres n'avaient point une idée xacte de la maladie dont il s'agit, et voulaient principalement parler de l'infiltra-on séreuse des parties molles du pharynx (3).

(1) *De Caus. et sed.*, epist. IV, 27 ; epist. XLIV, 13.
(2) *Anat. descript.*, t. II, *Membrane laryngée*.
(3) *Aphor.*, t. II, p. 634.

C'est donc à Bayle qu'appartient véritablement l'honneur d'avoir fait connaître l'ensemble des accidents dus à ce qui a été appelé généralement depuis *œdème de la glotte* (1).

Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés sur la laryngite œdémateuse; les plus récents sont ceux de MM. Trousseau et Belloc, Legroux, Bricheteau, Fleury (2), et j'ai moi-même traité ce sujet dans tous ses détails dans un mémoire (3) inséré parmi ceux de l'Académie de médecine. Ce travail, ayant été fait d'après un nombre considérable d'observations dont l'étude m'a conduit à quelques résultats nouveaux et importants, je devrai le citer fréquemment dans le cours de cet article. Je ne signalerai pas ici les autres auteurs qui se sont occupés de ce sujet, parce que j'aurai à les mentionner souvent. Je dirai seulement que leurs recherches ont, sur plusieurs points, modifié les idées de Bayle, et qu'un de ceux qui les premiers ont signalé les points sur lesquels ces idées devaient être modifiées est M. Bouillaud, dont le mémoire sur l'angine œdémateuse (4) contient des observations fort intéressantes. Sans m'arrêter plus longtemps à cet historique, je vais passer à la description de la maladie.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

L'œdème de la glotte est une affection dans laquelle, à la suite d'une inflammation peu intense, de la formation d'un abcès, ou bien de l'inflammation des bords d'un ulcère récent ou ancien, les replis muqueux du larynx s'infiltrent de sérosité mêlée ou non de pus, obstruent l'ouverture de la glotte et donnent lieu au symptôme de l'asphyxie. Ce n'est point ici le lieu de défendre cette *définition*, que les recherches les plus récentes m'ont fait adopter; j'y reviendrai lorsque les lésions anatomiques auront été décrites.

Bayle avait donné à cette affection le nom d'*œdème de la glotte* ou *angine laryngée œdémateuse*. M. Bricheteau (5) lui conserve le nom d'*angine aqueuse* que Boerhaave avait appliqué, ainsi que nous l'avons vu, à une maladie déterminée. M. Cruveilhier (6) veut qu'on lui donne le nom de *laryngite sous-muqueuse*, et l'auteur de l'article *Inflammation du larynx* du *Dict. de méd.* (t. XVII, 1838) a adopté cette dénomination. On verra plus loin que ce dernier nom ne peut pas convenir à la maladie dont il s'agit; car c'est tantôt une inflammation superficielle de la muqueuse, et tantôt une ulcération profonde qui donnent lieu à l'*infiltration sous-muqueuse* des parties voisines.

Sans être une maladie des plus *fréquentes*, la laryngite œdémateuse ou séro-purulente n'est pas non plus très rare. Aujourd'hui la science en possède un grand nombre d'exemples, mais il faut les chercher sous les titres de *phthisie laryngée*, *laryngite ulcéreuse*, etc., affections dont elle est la terminaison.

(1) Son mémoire, lu en 1808 à la Société de médecine de Paris, et reproduit en partie dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, se trouve inséré en entier dans le *Journal de médecine, chirurgie*, etc., etc., t. IV, janvier 1819.

(2) *Des causes, de la nat. et du traitement de l'ang. laryngée œdème.* (*Journ. de méd.*, janvier 1844.)

(3) *Mém. sur l'œd. de la glotte.* (*Mém. de l'Ac. de méd.*, t. XI ; Paris, 1845.)

(4) *Archiv. gén.*, 1re série, t. VII ; 1825.

(5) *Archiv. générales de médecine*, 3e série, 1841, t. XII, p. 315.

(6) *Diction. de méd. et de chir. prat.*, art. LARYNGITE.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il est fort rare d'observer cette espèce de laryngite chez les enfants. Guersant et MM. Blache, Trousseau et Belloc ont parlé de quelques cas d'anasarque dans lesquels le larynx se serait infiltré comme le reste du corps. Ces deux derniers auteurs citent même l'observation d'une petite fille de huit ans qui, étant prise d'une infiltration générale après la scarlatine, présenta tous les symptômes d'une angine œdémateuse. Mais l'enfant ayant heureusement guéri, l'état du larynx ne put être constaté. Billard (1) rapporte des cas à peu près semblables, observés chez des nouveaux-nés. Mais tous ces faits manquent des détails nécessaires pour fixer notre opinion. MM. Rilliet et Barthez (2) ont cité deux cas d'œdème chez des enfants de quatre à cinq ans. Ce sont les faits les plus authentiques qui prouvent l'existence de cette maladie à cet âge. M. Barrier (3) en a vu un cas chez un enfant de sept ans et demi. Quant à moi, sur trente-six cas que j'ai consultés (voy. *Mém. cit.*, p. 121), je n'en ai trouvé que deux dont les sujets avaient moins de dix ans.

Sexe. Cette maladie atteint plus fréquemment le *sexe masculin* que le sexe féminin; car, sur 40 cas que j'ai rassemblés, j'ai trouvé 29 hommes et 11 femmes seulement, ce qui doit, selon toute apparence, être attribué aux habitudes hygiéniques.

Il en est de même de la *constitution*, mais seulement de la constitution primitive des sujets; car il est certain que souvent la maladie se produit chez des sujets affaiblis et détériorés par des affections aiguës ou chroniques.

Cette dernière circonstance est même la plus importante à considérer; c'est la seule que l'observation ait mise complétement hors de doute. Si, en effet, nous examinons attentivement tous les cas dans lesquels cette espèce de laryngite s'est manifestée, nous en trouvons infiniment peu qui n'aient eu lieu *dans le cours ou dans la convalescence* d'une autre maladie. Bien plus, la laryngite œdémateuse n'est, le plus souvent, qu'une terminaison de la laryngite ulcéreuse, en sorte que, dans l'esprit du pathologiste, ces deux affections, lorsqu'elles se succèdent, n'en forment réellement qu'une, les progrès de celle-ci donnant presque nécessairement naissance à l'autre. Aussi la division que j'ai établie est-elle tout artificielle, et ne peut-elle être excusée que par les nécessités de la pratique.

État de santé antérieur. Pour préciser davantage, et résoudre avec connaissance de cause une question fréquemment discutée dans ces dernières années, j'ai rassemblé les observations les plus concluantes, et de leur examen il résulte ce qui suit : Sur 40 observations empruntées à Bayle, à MM. Tuilier (4), Bouillaud (5), Miller (6), Cruveilhier, Trousseau et Belloc, Legroux, Bricheteau, etc., je n'en trouve que 4 dans lesquelles la maladie ait paru se développer, dans l'état de santé, par une laryngite primitive. Dans tous les autres cas, l'infiltration séreuse

(1) *Trait. des mal. des enfants*, p. 511.
(2) *Trait. clin. des mal. des enf.*, t. I, p. 431.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*; 1844.
(4) *Essai sur l'angine œdém.*, thèse; 1815.
(5) *Archives de médecine*, 1825, t. VII, p. 174.
(6) *Lond. med. Gaz.*, janv. 1833.

ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques était apparue soit dans la convalescence d'une maladie aiguë, soit dans le cours d'une affection du larynx, et principalement des ulcères syphilitiques ou non syphilitiques. Les maladies dans la convalescence desquelles s'est déclarée la laryngite œdémateuse sont : la pneumonie, le catarrhe pulmonaire, la phthisie, les diverses formes de fièvres admises à l'époque où écrivait M. Tuilier, la fièvre typhoïde, l'angine pharyngienne observée par M. Bricheteau, etc. C'est surtout dans la convalescence des fièvres que cette affection s'est le plus fréquemment montrée. Dans deux cas cités par MM. Bouillaud et Miller, un érysipèle qui envahit la tête et le cou précéda l'apparition des symptômes laryngiens.

On voit par là que l'infiltration séreuse ou séro-purulente du larynx demande, pour être produite, des conditions particulières, et qu'on ne doit guère la redouter comme affection primitive.

Une dernière question, qui touche à la *nature de la maladie*, est celle de savoir si l'œdème de la glotte peut se développer sans inflammation préalable ; si, en d'autres termes, il y a un œdème essentiel de la glotte. Mais, avant d'entrer dans cette discussion, signalons un malentendu qui a été commis. Lorsque je parle de l'œdème inflammatoire, je ne veux pas désigner seulement les cas dans lesquels les tissus œdématiés sont enflammés, je parle aussi de ceux où une inflammation voisine (larynx, pharynx, tissu cellulaire du cou) a déterminé l'œdème des parties avoisinantes, comme on le voit, par exemple, dans les inflammations voisines des paupières. Les cas de ce genre sont en effet nombreux.

On ne pourrait donc regarder comme un œdème non inflammatoire que celui qui aurait lieu par une simple infiltration séreuse, sans inflammation de la muqueuse laryngienne, de la base de la langue, du pharynx, etc. Or les faits cités pour prouver que les choses peuvent se passer ainsi sont fort peu nombreux et très peu concluants. Je citerai d'abord celui qu'a rapporté M. Barrier (*loc. cit.*), et dans lequel l'œdème survint après la scarlatine, dans le cours d'une anasarque. M. Trousseau en avait déjà cité un analogue (1). Nous avons vu plus haut que Guersant et M. Blache en avaient aussi mentionné de semblables. M. Benoît (2) a cru voir un œdème non inflammatoire, une véritable fluxion séreuse dans deux cas qu'il a empruntés à Morgagni (3), dans celui qu'a rapporté M. Mérat, et que j'ai analysé dans mon mémoire, et dans un autre qui a été observé à l'Hôtel-Dieu en 1835, et qui est rapporté en quelques mots. Enfin M. Fleury (*loc. cit.*) a cru devoir rapporter à l'œdème non inflammatoire les quatre premières observations de M. Tuilier.

Tels sont les faits cités à l'appui de l'opinion qui admet l'existence de l'œdème simple non inflammatoire. Une première remarque à ce sujet, c'est que ces faits, à l'exception de celui de M. Barrier et de ceux de M. Tuilier, manquent des détails les plus importants. Quant à celui de M. Barrier, j'ai fait voir dans mon mémoire (*loc. cit.*, p. 98) qu'il n'est pas concluant, et comme il n'en est aucun des autres qui nous offre autant de motifs réunis pour nous faire croire à l'œdème pur et simple, il serait inutile de les examiner. Notons toutefois que, contrairement à

(1) *Journal des conn. méd.-chir.*, juillet 1836.
(2) *Journal de la Soc. de méd. de Montpellier* ; 1844.
(3) *De caus. et sed.*, epist. IV, 26.

la manière de voir de M. Fleury, les quatre observations de M. Tuilier doivent être rangées parmi les cas d'œdème inflammatoire.

Ce qui trompe, c'est qu'une légère inflammation siégeant dans la muqueuse, et suffisante dans certaines dispositions pour produire l'œdème, peut disparaître après la mort. On en a la preuve dans plusieurs cas bien observés, dans lesquels l'infiltration était *séro-purulente*, et où néanmoins la muqueuse était pâle et mince.

Il arrive, en pareil cas, ce qui survient dans certaines inflammations des paupières, qui donnent lieu à un œdème considérable et promptement formé. Que l'anasarque des enfants scarlatineux prédispose les enfants à l'œdème, sous l'influence d'une laryngite même légère, c'est ce que je ne conteste pas; mais il est loin d'être prouvé que cette inflammation n'existe pas.

Voici, du reste, les conclusions auxquelles je suis arrivé, relativement aux causes, dans mon *Mémoire sur l'œdème de la glotte* (*loc. cit.*, p. 133) :

« 1° Le plus souvent l'œdème de la glotte est dû à une angine survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une affection soit aiguë, soit chronique, mais bien plus fréquemment aiguë.

« 2° Plus rarement il est la terminaison d'une laryngite chronique, presque toujours ulcéreuse, soit que cette laryngite ait apparu dans le cours de la phthisie pulmonaire, soit, ce qui est bien plus rare, qu'elle se soit développée primitivement.

« 3° Dans un nombre limité de cas, une angine laryngée survenue dans le cours de la santé peut donner lieu à l'œdème de la glotte.

« 4° Il est au moins douteux qu'il existe un œdème de la glotte purement passif. »

2° Causes occasionnelles.

Rarement on a pu saisir d'une manière bien positive les causes qui, dans les circonstances que nous venons d'indiquer, produisent la laryngite séro-purulente. Dans deux ou trois cas seulement je vois que les sujets se sont plaints d'avoir été exposés au *froid*. C'est surtout dans la convalescence des maladies fébriles que cette cause a agi.

Lorsqu'il existe des ulcères anciens ou une carie des cartilages, la laryngite dont il s'agit est due aux progrès de l'affection chronique et aux lésions qu'elle détermine dans les tissus environnants. La marche seule de la maladie conduit à cette terminaison redoutable; il n'est pas besoin d'une cause occasionnelle pour produire cet effet. Néanmoins on conçoit que l'exposition imprudente *au froid et à l'humidité*, de *grands efforts de la voix*, et toutes les causes d'irritation du larynx, peuvent hâter l'apparition des accidents, en accélérant la marche de la maladie. C'est d'ailleurs, comme on le voit, un point d'étiologie qui demande à être étudié de nouveau.

§ III. — Symptômes.

L'*ingestion de substances caustiques* peut aussi donner lieu à l'œdème de la glotte; c'est ce que prouve un fait fort intéressant rapporté par M. Charcellay et dont je parlerai plus loin. Le malade avait avalé de l'acide sulfurique.

Le *début* n'est pas entièrement le même, suivant que la maladie est due à une inflammation simple comme dans la première observation de Bayle (1), ou bien qu'elle est une terminaison d'une affection organique du larynx plus ou moins

(1) *Nouv. journ. de méd.*, etc., t. IV, p. 23.

ancienne. Dans le premier cas, soit que le malade se trouve dans la convalescence d'une maladie fébrile, soit, ce qui est infiniment plus rare, que l'affection laryngée débute au milieu de la santé, les premiers symptômes sont légers. Ils consistent dans un *sentiment de malaise* éprouvé dans le larynx, et qui engage les malades à faire de fortes expirations, comme pour chasser un corps qui obstrue la glotte. La *voix* est un peu rauque. La *respiration* est médiocrement gênée, et, suivant la remarque de Bayle, la *fièvre* est nulle ou presque nulle, et la santé paraît assez bonne. Il est inutile de faire observer que ce sont là les signes d'une laryngite légère, dans laquelle il existe peut-être déjà un peu plus de tuméfaction que dans les cas ordinaires.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une infiltration séreuse ou séro-purulente de la glotte, avec lésion profonde du larynx, les symptômes dus à la tuméfaction des replis muqueux sont précédés des symptômes de ces lésions elles-mêmes, et ici il y a encore une distinction à établir. Si l'affection primitive a une marche aiguë, et si l'inflammation est très violente, comme on peut en voir des exemples dans des cas cités par Laënnec, Bayle, MM. Bouillaud, Legroux, etc., la *douleur* qui précède la suffocation est intense ; il y a une *fièvre* plus ou moins violente, quelquefois précédée de *frissons*, et parfois aussi une *tuméfaction du cou* qui annoncent combien la lésion fait sentir au loin son influence. C'est dans ces cas qu'on trouve, à l'autopsie, des abcès aigus, des suppurations largement étendues, qui se sont quelquefois portées au delà des limites du larynx.

Si, au contraire, la lésion primitive a une marche très chronique, s'il ne survient aucun accident qui donne à ces symptômes une acuité nouvelle, la suffocation n'est guère précédée que d'une gêne un peu plus grande dans la respiration, et parfois même l'infiltration des bords de la glotte n'est annoncée que par un premier accès.

Il est très rare que le début soit *subit* ; je n'en connais que deux exemples rapportés par Bayle et par M. Bricheteau. Il est au contraire très fréquent, ainsi que je l'ai constaté dans mes recherches (*loc. cit.*, p. 135), de le voir violent et rapide.

Symptômes. Une fois l'affection confirmée, elle se manifeste par des symptômes assez uniformes pour qu'on puisse en tracer une description générale. Je vais les examiner chacun en particulier, puis je décrirai les accès de suffocation dans lesquels ils se montrent réunis, et enfin j'indiquerai les différences que peuvent présenter les divers cas.

La *douleur* occupant soit le larynx, soit le pharynx, soit ces deux organes à la fois, est un symptôme à peu près constant ; car sur 40 cas, je l'ai notée 38 fois. Cependant elle est très variable ; elle n'est portée à un très haut degré que dans les cas où une inflammation suppurative aiguë a donné lieu à un abcès. Dans les autres cas, il n'existe qu'une simple gêne, un embarras du larynx ou des picotements qui excitent la toux. On a rarement recherché si la douleur augmentait par la pression exercée sur le larynx, et cet effet n'a été constaté que dans une très petite proportion des cas. La *déglutition* est toujours gênée et parfois impossible, comme l'a noté M. Bouillaud. Quelquefois on a constaté le *rejet des boissons par le nez* ; alors l'épiglotte était corrodée par des ulcérations.

La *voix* ne tarde pas à être très altérée, si elle ne l'était déjà, et dans ce dernier cas son altération augmente. Elle est rauque, pénible, éteinte, et exige de la part

du malade des efforts pendant lesquels il semble dominé par la crainte d'augmenter sa suffocation. Billard a attribué à l'infiltration des bords de la glotte un cri chevrotant qu'on observe chez les nouveaux-nés œdémateux ; mais, dans mes recherches sur cette maladie (1), j'ai fait observer que ce cri se remarquait même dans les cas où il n'y avait point d'infiltration, et j'ai dû en conclure qu'il reconnaissait pour cause l'extrême faiblesse des enfants affectés d'œdème.

La *respiration* est toujours excessivement gênée. Tous les auteurs ont noté la grande différence qu'il y avait entre l'inspiration et l'expiration. La première, en effet, est extrêmement difficile ; elle exige les plus grands efforts de la part du malade ; il y a aussi parfois une véritable *orthopnée*, comme on en voit un exemple dans une observation de M. Bouillaud. Quelquefois même les malades éprouvent une sorte de désespoir, comme cela avait lieu dans un cas observé par M. A. Lefèvre (2), et qui fut remarquable par la violence des symptômes et le succès de la trachéotomie. L'expiration, au contraire, se fait toujours avec une certaine facilité, et ce phénomène est, dans la plupart des cas, si remarquable, que M. Blache (*loc. cit.*) le donne comme un signe pathognomonique. Pendant les efforts d'inspiration, il se produit un râlement, un *ronflement guttural* souvent très fort. Dans les premiers temps de la maladie, lorsque les symptômes n'ont pas encore acquis un haut degré de violence, ce ronflement guttural n'a lieu ordinairement que pendant le sommeil. Il peut être modifié de diverses manières : M. Legroux, en effet, a constaté un frôlement particulier, une espèce de cri de coq, un claquement de soupape à la fin de chaque inspiration. Un autre signe qui annonce combien la respiration est gênée, est la nécessité dans laquelle les malades se trouvent de tenir leur bouche entr'ouverte, ce qui n'empêche pas toujours, comme on le voit dans une observation de M. Bouillaud, la dilatation exagérée des ailes du nez à chaque inspiration. Ce dernier signe ne se remarque que dans les cas d'une grande intensité, et pendant les accès.

Quoique la poitrine résonne bien partout, à la *percussion*, on n'entend pas, ou on entend à peine le *murmure respiratoire*.

La *toux* ne présente pas de caractère essentiel ; elle est souvent sèche, déchirée, éteinte.

La matière de l'*expectoration* varie suivant les lésions dont le larynx est le siége. Ainsi, lorsqu'il y a une inflammation simple, on n'observe que des crachats glaireux, suivant l'expression de Bayle. S'il existe des ulcères anciens, on trouve l'expectoration qui a été décrite à l'occasion de la laryngite ulcéreuse chronique ; si c'est un abcès qui s'est fait jour dans le larynx, les crachats sont striés d'une matière d'un blanc mat ou verdâtre. L'expectoration peut même être complétement purulente : M. Bouillaud (*loc. cit.*) en cite un exemple qui est d'autant plus remarquable, que le sujet, n'ayant pas la force de faire des efforts d'expectoration, rendait, par une espèce d'expuition, une quantité considérable de matière purulente. Dans un cas, M. Bricheteau a noté une expectoration de crachats sanglants et noirâtres, qui disparut avec les principaux symptômes, la maladie ayant eu une heureuse issue.

Si l'on *examine le pharynx*, on y trouve parfois un gonflement plus ou moins

(1) *Cliniq. des mal. des enf. nouv.-nés*, p. 628 ; Paris, 1838.
(2) Voy. *Union médicale*, septembre 1848.

considérable des parties qui le constituent, et quelquefois aussi des ulcérations qui ont été la cause primitive du mal, en déterminant l'infiltration des parties environnantes et du larynx. Dans quelques cas, on a vu l'*épiglotte* tuméfiée, ulcérée, déformée, faire saillie à la base de la langue, et enfin MM. Tuilier, Legroux, Bricheteau, etc., ont pu, en portant le doigt dans l'arrière-gorge, sentir le *bourrelet* formé par l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Je reviendrai sur ces signes à l'occasion du diagnostic.

Accès. Tels sont les principaux symptômes de cette redoutable affection. Ils existent toujours plus ou moins dans tout son cours; mais il survient, dans la généralité des cas, des exacerbations violentes, de véritables *accès* qui lui donnent une physionomie remarquable. A des époques plus ou moins rapprochées, on voit apparaître presque tout à coup une dyspnée excessive. Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger qui obstrue complétement le larynx, et souvent ils portent la main à leur cou, comme pour l'en arracher: on en a vu même (*obs.* de Bayle et de M. Bouillaud) chercher à introduire leur main dans le fond de la gorge pour enlever l'obstacle, insister pour qu'on leur fît l'ouverture du larynx, ou demander un instrument tranchant pour pratiquer eux-mêmes cette ouverture. Alors les symptômes d'asphyxie sont portés au plus haut degré; la face est livide, les yeux sont saillants et hagards; une sueur froide inonde le visage; les extrémités sont refroidies; il y a une agitation extrême et parfois des vertiges, comme l'a observé M. Bricheteau. Suivant Bayle, la durée de ces accès est de cinq minutes à un quart d'heure, et les intervalles qui les séparent varient depuis plus de huit jours à quelques heures. Le fait est vrai, mais il faut distinguer. Sans doute dans la laryngite œdémateuse qui succède à une laryngite ulcéreuse chronique, les premiers accès de suffocation peuvent se manifester à plus de huit jours d'intervalle; mais dans les cas, soit d'inflammation simple, soit d'abcès du larynx, soit d'ulcérations aiguës, il y a toujours plusieurs accès dans les vingt-quatre heures, et les intervalles qui les séparent sont très irréguliers.

Dans l'*intervalle des accès*, la face, qui était congestionnée et livide, devient pâle; l'agitation fait place à un affaissement profond. Il survient aussi, fort souvent, un assoupissement qui va toujours en augmentant si la maladie doit avoir une issue funeste.

Le *pouls*, faible, concentré, misérable, devient en outre irrégulier et intermittent pendant les accès. Il est toujours plus ou moins accéléré, mais beaucoup plus dans les cas d'inflammation violente, dans lesquels le mouvement fébrile caractérisé par la chaleur de la peau, par une vive anxiété et par les troubles de la circulation, peut être porté à un haut degré.

On a observé assez souvent, et MM. Cruveilhier et Bouillaud en ont cité plusieurs exemples, une tuméfaction plus ou moins considérable du cou. Ce symptôme ne se remarque que dans les cas où des lésions profondes existent dans le larynx.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie diffère notablement, comme je l'ai déjà fait pressentir, suivant que l'œdème de la glotte est produit par une inflammation aiguë ou par une lésion chronique. Dans l'un et l'autre cas, il y a des accès de suffocation bien

prononcés; tandis que, dans le premier, les accès violents, irréguliers, se produisent, dès le début, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, dans l'autre on voit d'abord des accès survenir à des époques éloignées (huit, dix, et même quinze jours); puis ces accès se rapprochent au point qu'au bout d'un certain temps on en compte un ou plusieurs dans les vingt-quatre heures, et la maladie est alors portée au même degré que dans le cas précédent. Lorsque l'affection est très aiguë, les accès sont, quoique très violents, moins tranchés que lorsqu'elle est chronique. En outre, il résulte des faits que j'ai rassemblés (*Mém. cité*, p. 154), que la rapidité de la marche de la maladie est en raison directe de l'intensité de l'inflammation.

D'après ce qui vient d'être dit, on doit juger que la *durée* de l'affection est très variable. Bayle a vu des cas se prolonger pendant plus d'un mois : ce sont ceux où l'infiltration du larynx était la suite d'une affection chronique. On ne peut douter que dans des cas semblables plusieurs infiltrations, qui se dissipent bientôt, ne produisent les premiers accès, tandis que, plus tard, la lésion organique faisant des progrès, l'infiltration devient permanente. Dans les cas où l'affection primitive était aiguë, la durée de la maladie n'a presque jamais excédé cinq ou six jours. Quant à la *durée des accès* elle est très variable, puisque chez un sujet observé par Bayle elle était seulement de dix minutes, tandis qu'elle se prolongeait pendant une heure entière chez un autre.

La *terminaison* de cette affection est importante à considérer. Quelquefois on voit les malades succomber au milieu même d'un accès; alors la mort par asphyxie ne saurait être douteuse. Mais plus souvent encore les malades sont emportés dans l'intervalle des accès. On les voit s'affaiblir de plus en plus; après chaque accès, ils sont plus affaissés, plus abattus, plus assoupis; la face exprime le découragement, et quelquefois, comme Bayle l'a observé, elle a un aspect cadavérique; le pouls s'affaiblit et le malade s'éteint en conservant le plus souvent sa connaissance. Dans ce cas, quelle a été la cause de la mort? Bayle, considérant que le plus souvent l'obstruction de la glotte n'était pas assez considérable pour empêcher l'air de pénétrer dans les poumons, et que ce n'était point dans un accès de dyspnée que le malade succombait, pensait qu'il fallait attribuer la mort à un certain spasme du poumon qui ne permettait plus à l'air d'y subir les changements nécessaires à l'hématose. C'est avec raison que M. Bouillaud a combattu cette manière de voir : il est trop évident que la mort est due à l'impossibilité du passage de l'air dans le larynx, pour qu'on puisse le révoquer en doute, et s'il en fallait une preuve, on n'aurait qu'à citer les cas où la trachéotomie a ranimé des sujets presque mourants, par le seul fait du libre abord du sang dans les cellules pulmonaires. Si la respiration paraît libre peu de temps avant la mort, c'est que la poitrine se dilatant fort peu, à peine un petit filet d'air passe-t-il à travers la glotte rétrécie. Dans quelques cas, la trachéotomie n'a point réussi à ranimer les sujets; c'est qu'alors, comme l'a très bien fait observer M. Cheyne, tous les organes ont été trop fortement stupéfiés par l'afflux du sang non hématosé. M. Senn (1) a cité un cas de mort subite; c'est le seul que je connaisse.

(1) *Journ. des progr.*; 1829.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'indiquerai très rapidement les diverses lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. Commençons par celles qui appartiennent en propre à la laryngite séreuse ou séro-purulente.

Bayle a toujours trouvé les bords de la glotte gonflés, épaissis, blancs et comme tremblotants. Dans les cas qu'il a examinés, ces bords formaient un bourrelet plus ou moins saillant et très infiltré d'une sérosité qu'il était fort difficile de faire écouler, même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane à laquelle on avait fait plusieurs incisions.

Cette infiltration observée par Bayle a été constatée également par plusieurs auteurs, et notamment par Bichat et Lisfranc, qui ont remarqué ce qui suit : Lorsque l'air est poussé vers le larynx de haut en bas, les bourrelets qui viennent d'être décrits se renversent en dedans et obstruent plus ou moins complétement l'ouverture de la glotte. Si, au contraire, comme Lisfranc l'a expérimenté plusieurs fois, on pousse de l'air, à l'aide d'un soufflet, par l'ouverture inférieure du larynx, celui-ci passe facilement par l'ouverture supérieure, les bourrelets se laissant écarter sans peine. Cette disposition rend parfaitement compte des phénomènes observés dans les deux temps de la respiration pendant la vie.

Bayle ne décrit guère d'autre altération organique ; cependant, en consultant les observations, on voit qu'elles sont beaucoup plus variées. Ainsi on a trouvé les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales et même tout le tissu sous-muqueux du larynx, infiltrés d'un liquide purulent ou plus souvent encore séro-purulent. Parfois même cette infiltration s'étend au pharynx et au tissu cellulaire sous-cutané de la région laryngienne. Quelquefois on trouve, sur les parties infiltrées elles-mêmes, des exulcérations, un ramollissement plus ou moins considérable de la membrane muqueuse : lésions évidemment récentes. D'autres fois, il n'y a qu'une simple rougeur, à laquelle, dans un cas cité par Lawrence (1), se joignaient des granulations à la surface de la membrane.

Telles sont les lésions qui appartiennent en propre à la laryngite œdémateuse ou séro-purulente. Je n'ajouterai qu'un mot relativement aux altérations récentes ou anciennes qui en ont été la cause première. On trouve des destructions plus ou moins profondes de la muqueuse et du tissu sous-muqueux ; l'ossification, la carie des cartilages qui sont noirs, détachés, friables, et qui baignent dans le pus ; des abcès sous la muqueuse laryngienne, tantôt communiquant avec la cavité du larynx, tantôt entièrement isolés. Ces abcès, qui contiennent quelquefois un pus phlegmoneux, offrent souvent une sanie liquide. On a aussi trouvé des perforations des cartilages, des ulcérations, des abcès du pharynx.

On peut voir dans mon mémoire (p. 89 et suiv.), quelle est la fréquence relative de ces diverses lésions, que j'ai étudiées avec beaucoup d'attention et exposées avec de grands détails.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Le diagnostic de cette redoutable affection a beaucoup occupé les auteurs. Aussi avons-nous à ce sujet des renseignements très précis. Mais avant

(1) *Med. chir. Trans. of London*, vol. VI, p. 221 ; 1819.

d'exposer le résultat des recherches les plus attentives, il faut dire un mot d'un mode d'exploration qui a été regardé par les uns comme très sûr, et par les autres comme très incertain : je veux parler du *toucher* exercé sur la partie supérieure du larynx. M. Tuilier (*loc. cit.*) eut le premier l'idée de porter le doigt dans l'arrière-gorge pour reconnaître l'état des parties. Dans la plupart des cas, cet auteur parvint à reconnaître l'existence de deux bourrelets mollasses, saillants en arrière et sur les côtés de l'épiglotte ; mais quelquefois, et notamment dans un cas dont il a donné l'observation, il ne put constater rien de semblable. Plus tard Lisfranc (1) est arrivé au même résultat, et récemment M. Bricheteau a fait sentir à plusieurs médecins les deux bourrelets que je viens d'indiquer. D'un autre côté, plusieurs auteurs ont affirmé que le toucher ne fournissait aucun signe de quelque valeur. A quoi tient donc cette différence d'opinion sur un fait qu'on peut constater physiquement ? Cela tient probablement à ce que le gonflement n'a pas toujours son siége dans les replis aryténo-épiglottiques, et que souvent il occupe les cordes vocales inaccessibles au toucher. Il suit de là, d'une part, que ce mode d'exploration ne doit pas être négligé, puisqu'il peut fournir un signe pathognomonique, et, de l'autre, qu'on ne doit pas avoir une confiance aveugle en lui, puisque la maladie peut exister d'une manière évidente, sans qu'il fasse reconnaître la tuméfaction du larynx.

EXPLORATION PAR LE TOUCHER.

Pour explorer la partie supérieure du larynx par le toucher, il faut faire ouvrir la bouche aussi largement que possible ; puis on porte le doigt indicateur sur un des côtés du pharynx, en dehors de l'épiglotte ; et quand son extrémité a franchi cet opercule, on la ramène en dedans, de manière à en porter la pulpe sur l'ouverture laryngienne. Cette opération doit se faire rapidement, de peur d'augmenter la suffocation.

Il est quelquefois très difficile de parvenir jusqu'au larynx, parce que le malade ne peut pas ouvrir suffisamment la bouche ; c'est ce qui a lieu principalement lorsque le pharynx est atteint d'une inflammation violente, comme dans un des cas cités par M. Bouillaud.

Diagnostic différentiel. Les maladies avec lesquelles on peut confondre la laryngite séro-purulente sont les mêmes, à peu près, que celles qui peuvent être confondues avec la laryngite aiguë intense. Je vais les passer successivement en revue.

Dans la *laryngite simple aiguë*, nous trouvons un bon nombre des symptômes de la laryngite séro-purulente aiguë. Toutefois, dans la dernière, il existe une gêne de la respiration beaucoup plus marquée ; les ronflements gutturaux, le frôlement, les bruits particuliers qu'elle présente dans l'inspiration, ne se remarquent pas à un aussi haut degré dans la simple laryngite aiguë. Les accès de suffocation sont beaucoup plus violents et plus tranchés. L'*auscultation* pratiquée sur les divers points de la poitrine démontre que, malgré les grands efforts d'inspiration, l'air pénètre à peine dans le poumon : il y a en effet absence complète ou presque complète du murmure respiratoire. Enfin, si par le toucher on peut constater l'existence des bourrelets œdémateux, tous les doutes sont levés.

(1) *Mém. sur l'ang. laryng. œd.* (*Journ. gén.*, t. LXXXIII, 1825).

La *laryngite chronique simple* ou *ulcéreuse* ne peut être confondue avec la maladie qui nous occupe, malgré les altérations de la voix. Dans la première, la dyspnée est peu considérable, et les accès de suffocation sont nuls. Dans la seconde, lorsque ces symptômes existent à un haut degré, c'est que la maladie se termine par l'œdème de la glotte.

La *laryngite striduleuse* n'attaque guère que les enfants, tandis que celle dont nous parlons sévit chez les adultes. La première présente, entre les accès de suffocation, des intervalles dans lesquels les symptômes sont très légers et la voix est très peu altérée; ces signes suffisent pour distinguer les deux maladies.

La *laryngite pseudo-membraneuse* n'est guère plus difficile à distinguer; son existence, presque exclusive chez les enfants, et la présence de la fausse membrane sur la muqueuse pharyngienne, suffisent ordinairement pour lever tous les doutes.

Les commémoratifs feront distinguer l'affection qui nous occupe de la présence d'*un corps étranger* introduit dans les voies aériennes.

Restent maintenant des affections qui déterminent des accès de suffocation, mais dont le siége n'est pas dans le larynx. Celles que les auteurs ont signalées comme pouvant être confondues avec la laryngite séro-purulente sont : l'*asthme*, l'*emphysème pulmonaire* et l'*anévrisme de l'aorte*.

Quant à l'*asthme* et à l'*emphysème pulmonaire*, doit-on réellement chercher à établir un diagnostic entre eux et la laryngite œdémateuse? Je ne le pense pas; car, malgré les accès de suffocation et la respiration sifflante, l'absence de douleur, de constriction, et généralement de tout symptôme du côté du larynx, ne laisse pas la moindre place à l'erreur.

Dans un cas cité par Bayle et recueilli par M. Cayol, un *anévrisme de l'aorte* fut pris pour un œdème de la glotte. Comment donc établir le diagnostic dans un pareil cas, s'il venait encore à se présenter ? Les symptômes offerts par le malade étaient les suivants : Voix enrouée, respiration gênée et bruyante, sifflement à chaque inspiration, légère douleur au larynx, toux, expectoration d'une grande quantité de matières glaireuses, filantes. Sans doute il y avait là quelques symptômes qui pouvaient induire en erreur, d'autant plus que le malade, qui se plaignait souvent du larynx, avait éprouvé plusieurs maladies vénériennes. Mais plus tard l'analyse de l'observation fit voir : 1° que la douleur du larynx n'était pas constante; 2° que bien que la dyspnée augmentât par moments, il n'y avait point eu de véritables accès de suffocation ; 3° que la voix n'était pas aussi altérée que dans l'œdème de la glotte. Ces signes seraient suffisants ; et si l'on y ajoutait l'examen du larynx par le toucher pour découvrir le bourrelet, ainsi que l'auscultation et la percussion de la poitrine, on serait nécessairement conduit à un diagnostic positif.

Il est très probable que si toutes ces précautions avaient été prises, quelques erreurs signalées dans les auteurs auraient été évitées. Néanmoins il faut convenir qu'il peut y avoir des cas d'un diagnostic difficile, puisque des chirurgiens distingués ont pu pratiquer la trachéotomie chez des sujets qui ne présentaient autre chose qu'un anévrisme de l'aorte. Dans un cas même (voy. Cheyne, *loc. cit.*), l'opérateur eut le malheur d'ouvrir la tumeur anévrismale.

L'examen des observations que j'ai rassemblées pour mon mémoire (*voy.* p. 163 et suiv.) m'a démontré qu'*un abcès de la paroi postérieure du pharynx*, et

même la simple *infiltration purulente de cette partie*, pouvaient faire croire à l'existence d'un œdème de la glotte. On a même été conduit, en pareil cas, tant les symptômes étaient semblables, à pratiquer la trachéotomie. C'est ce qu'on voit dans une des observations que j'ai citées (*Mém. cit.*, obs. IIe, p. 165). M. le docteur Syme (1) pratiqua l'opération. Il y eut un soulagement immédiat; mais le malade, au bout de quelques jours, succomba, et l'on ne trouva qu'une infiltration purulente du pharynx; le larynx était parfaitement sain.

Dans les cas cités par MM. Ballot (2), Priou (3), Carmichael (4), il y avait un abcès considérable.

Ainsi que je viens de le dire, les symptômes sont, en pareil cas, semblables à ceux de l'œdème de la glotte. Ce n'est donc que par l'inspection et par le toucher qu'on peut arriver au diagnostic. Y a-t-il abcès, on voit dans la profondeur du pharynx une tumeur, et le toucher, en même temps qu'il fait reconnaître que cette tumeur est fluctuante, nous apprend qu'il n'y a pas de bourrelet aryténo-épiglottique.

Lorsqu'il s'agit de l'infiltration, ce dernier signe est le seul véritablement utile; toutefois l'inflammation du pharynx peut être appréciable à la vue.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et de la laryngite simple aiguë.*

ŒDÈME DE LA GLOTTE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Accès de dyspnée très violents.	*Accès de dyspnée* moins marqués ou moins violents.
Ronflements gutturaux; bruit de frôlement; inspiration aiguë très marquée, etc.	Respiration plus ou moins forte, mais *sans bruits particuliers*.
Murmure respiratoire très faible, presque nul, dans tous les points de la poitrine.	*Murmure respiratoire* plus ou moins *fort*.
Par le toucher, on constate l'existence du *bourrelet* à la partie supérieure du larynx (signe pathognomonique).	*Point de bourrelet* saillant à la partie supérieure du larynx.

2° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et du pseudo-croup.*

OEDÈME DE LA GLOTTE.	PSEUDO-CROUP.
N'attaque presque jamais *que les adultes*.	*N'attaque* presque jamais *que les enfants*.
Entre les accès de suffocation, symptômes assez intenses.	*Entre les accès*, symptômes très légers.
Voix toujours *très altérée* dans tout le cours de l'affection.	*Voix très peu altérée* entre les accès.

3° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et du croup.*

OEDÈME DE LA GLOTTE.	CROUP.
Attaque les *adultes*.	Attaque principalement les *enfants*.
Expectoration muqueuse, mucoso-purulente ou sanieuse.	Souvent débris de *fausses membranes* dans la matière de l'*expectoration*.
Pharynx libre ou seulement enflammé et ulcéré.	Souvent *fausses membranes* dans le *pharynx*.

(1) Voy. *Medic. chir. Rewiew*, avril 1841.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXI, p. 564.
(3) *Séances de l'Acad. de méd.*; 1830.
(4) *Edinburg med. chir. Trans.*; 1820.

Il faut appliquer à tous ces diagnostics différentiels une remarque générale, relative à l'œdème de la glotte provoqué par les progrès d'une inflammation ulcéreuse chronique. C'est que la marche de la maladie suffit, presque à elle seule, pour lever tous les doutes. Ainsi, lorsque dans une affection du larynx qui a présenté, pendant un espace de temps plus ou moins long, les symptômes décrits à l'article *Laryngite ulcéreuse*, il survient des accès de suffocation et tous les autres accidents qui ont été indiqués plus haut, on doit diagnostiquer une laryngite œdémateuse ou séro-purulente, à l'exclusion de toutes les autres affections que je viens de mentionner.

4° Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et de l'anévrisme de l'aorte.

OEDÈME DE LA GLOTTE.	ANÉVRISME DE L'AORTE.
Douleur constante dans le larynx.	*Douleur* du larynx, faible et *non constante*.
Accès de suffocation bien marqués.	*Dyspnée continue*, et seulement augmentant par intervalles.
Voix très altérée; grands efforts pour se faire entendre.	*Voix très peu altérée;* seulement un peu de raucité.
A l'*auscultation* et à la *percussion*, aucun signe de l'anévrisme de l'aorte.	A l'*auscultation* et à la *percussion*, signes d'un anévrisme de l'aorte comprimant la trachée.

5° Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et de l'abcès pharyngien.

OEDÈME DE LA GLOTTE.	ABCÈS PHARYNGIEN.
Pas de tumeur fluctuante dans le pharynx.	*Tumeur fluctuante* sur la paroi postérieure du pharynx.
Bourrelets aryténo-épiglottiques.	*Pas de bourrelets* aryténo-épiglottiques.

L'absence des bourrelets est le seul signe important qui serve à distinguer l'*infiltration purulente* des parois du pharynx de l'œdème de la glotte.

Œdème latent. Dans mes recherches sur cette affection (voy. *Mém. cit.*, p. 171), j'ai acquis la conviction que l'œdème de la glotte peut exister à l'état latent. Les faits de ce genre ont été cités par M. Louis (1). En pareil cas, les malades sont complétement épuisés, et les accès de suffocation se perdent au milieu des symptômes de l'agonie. Le diagnostic n'a donc pas alors d'importance réelle.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est généralement très grave, puisque sur 39 cas que j'ai sous les yeux, il n'y a eu que 9 guérisons; proportion qui doit être encore beaucoup diminuée, si l'on réfléchit que, dans les maladies semblables, les cas de guérison sont publiés avec empressement, tandis que les cas de mort sont très souvent passés sous silence.

La maladie est beaucoup moins grave lorsque l'altération sous l'influence de laquelle l'œdème s'est produit est superficielle ou purement inflammatoire, que lorsqu'il y a des altérations profondes. Ainsi, sur les 9 cas de guérison que j'ai sous les yeux, il en est 5 qui ont guéri sans le secours de la trachéotomie, et 4 d'entre eux appartenaient évidemment à l'inflammation simple. Dans le cinquième, il en était probablement de même. Dans les cas, au contraire, où la trachéotomie fut nécessaire, trois fois il existait des ulcères anciens. Règle générale, plus l'inflammation est intense, plus le pronostic est grave.

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2ᵉ éd.; Paris, 1843, et *Rech. sur la fièv. typh.*, 2ᵉ éd.; Paris, 1842.

§ VII. — Traitement.

Il est inutile de dire que le traitement d'une affection aussi redoutable doit être énergique. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Il ne s'agit donc plus que de savoir quels sont les moyens auxquels il faut donner la préférence. Ici la tâche est plus difficile ; car, comme dans toutes les affections très graves, on n'ose point, dans la laryngite œdémateuse ou séro-purulente, se borner à l'emploi d'un seul médicament. On les met presque tous concurremment en usage, et par à il devient très difficile de démêler l'action propre à chacun. Cherchons donc, dans les faits bien observés, quelles ont été les médications complexes qui ont le mieux réussi.

Antiphlogistiques. La saignée, soit générale, soit locale, a été mise en usage dans presque tous les cas, et l'on conçoit qu'il devait en être ainsi dans une affection due à une inflammation très aiguë ou aux progrès rapides d'une inflammation ancienne. La *saignée générale* a été recommandée principalement par Bayle et MM. Miller, Cheyne et Legroux. Ce dernier a employé des saignées répétées en même temps que les sangsues. Néanmoins il a soin de faire remarquer qu'il faut être sobre de ce moyen chez les sujets affaiblis, et qu'il ne faut point persister dans son emploi lorsque, après plusieurs saignées, l'amélioration est peu considérable. Il est plus que probable que la saignée a son degré d'utilité, mais il est certain aussi que dans aucun cas elle n'a suffi pour procurer la guérison. C'est donc un moyen sur lequel on ne pourra compter que comme venant en aide à l'action des autres remèdes. Les *sangsues* ont-elles eu plus d'effet ? D'après les observations, il n'en est rien, et l'on ne peut même pas savoir si elles ont procuré un soulagement réel. On les emploie ordinairement en même temps que la saignée générale ; Bayle conseille de les appliquer à l'anus.

On voit que je ne regarde pas les émissions sanguines comme un moyen très efficace ; cependant on m'a reproché de les avoir conseillées, même avec ces restrictions ; mais j'ai fait remarquer ailleurs (*Mém. cit.*) qu'il suffit, pour qu'on ait recours à un moyen thérapeutique, qu'il procure un soulagement marqué, et que s'il ne fallait conseiller que les médications qui enlèvent entièrement et à coup sûr les maladies, la thérapeutique deviendrait bien pauvre.

Révulsifs. Il est rare qu'on ne joigne pas à l'action de la saignée celle des révulsifs. Ainsi on applique des vésicatoires autour du cou, des sinapismes ; on pratique, sur la même région, des frictions irritantes, etc. Le *vésicatoire* a été appliqué par Bayle, MM. Bouillaud, Patissier, Miller, Bedingfield, etc. Ce sont généralement de larges vésicatoires qui ont été posés et qu'on a laissés à demeure. Ce moyen est un de ceux qu'il faut le moins négliger ; néanmoins on ne saurait dire qu'il ait suffi pour emporter la maladie, car jamais on ne l'a employé seul. Mais j'ai vu, pour ma part, deux cas où, un large vésicatoire étant appliqué sur la partie antérieure du cou, en même temps qu'on administrait l'émétique en lavage, tous les accidents de l'œdème de la glotte se dissipèrent rapidement. Les sujets étaient deux femmes affectées depuis plusieurs années d'ulcères évidents du larynx. Dans un de ces cas, entre autres, la suffocation, qui durait presque sans interruption depuis vingt-quatre heures, était parvenue à un si haut degré, que l'on discuta la question de savoir si l'on devait pratiquer la trachéotomie. Mais M. Vidal (de

Cassis), alors chirurgien à Lourcine, où était la malade, m'ayant cité plusieurs cas dans lesquels le vésicatoire, joint à l'émétique, avait eu un plein succès, j'employai cette médication qui réussit parfaitement, ainsi que je viens de le dire. Les vésicatoires qui ont eu d'aussi heureux effets étaient de très grande dimension; ils occupaient la partie antérieure et les deux côtés du cou. Quelques médecins pensent qu'il vaut mieux appliquer un vésicatoire de chaque côté du cou, afin de laisser la région laryngienne libre pour la trachéotomie, dans le cas où cette opération deviendrait nécessaire. Mais ce n'est point là un motif suffisant, car la présence du vésicatoire ne peut réellement pas apporter le moindre obstacle à l'exécution de cette opération. Les vésicatoires ont aussi été placés à la nuque, à la partie supérieure de la poitrine, aux bras et aux cuisses : il est douteux que ces exutoires, et surtout les derniers, aient eu l'effet qu'en attendait le médecin.

Les *sinapismes* ont été moins fréquemment mis en usage. Bayle et M. Miller sont à peu près les seuls qui citent des cas où ce moyen fut employé comme agent principal. Dans ces cas, il est remarquable que l'application des sinapismes fut suivie d'un soulagement presque immédiat. Celui qui est rapporté par Bayle, et dont l'observation appartient à M. Mérat, présente surtout cette particularité, que l'application des sinapismes produisit une infiltration remarquable de la partie antérieure du cou, et qu'il survint en même temps un amendement sensible de tous les symptômes. Les détails fournis par M. Mérat me paraissent assez intéressants pour trouver place ici.

« Le 1[er], le 6, le 11 et le 24 août, on appliqua des sinapismes sur le larynx : le premier sur le milieu de l'organe, le deuxième sur le côté gauche, le troisième sur le côté droit, et le quatrième à la partie inférieure. Les deux premiers sinapismes produisirent un gonflement notable du tissu cellulaire sous-cutané, et même de la peau, qui devint très rouge ; et quoiqu'il n'y eût chez ce malade aucune apparence d'œdème aux jambes ni aux mains, les parties rougies s'infiltrèrent d'une manière si remarquable, qu'en les pressant avec le doigt on y formait une empreinte, et en comprimant une portion de la peau entre deux doigts, la sérosité refluait dans le tissu cellulaire environnant. Le troisième sinapisme produisit moins d'infiltration ; le quatrième n'en causa qu'une médiocre. L'application de chaque sinapisme durait cinq heures ; à mesure qu'on les posait, l'étouffement diminuait, les autres symptômes s'amélioraient. »

L'action des sinapismes, dans ce cas, est très digne de remarque sans doute ; toutefois il ne faut pas lui accorder plus de valeur qu'elle n'en a réellement, car il résulte des détails de l'observation que la maladie avait une intensité médiocre.

Nous avons vu comment M. Hutchinson employait l'*huile de croton tiglium* dans la laryngite. Plusieurs des cas dans lesquels il a usé de ce médicament pouvant se rapporter à l'espèce de laryngite qui nous occupe, on ne devra pas oublier cet agent thérapeutique (*voy*. p. 124).

Frictions mercurielles. Les frictions mercurielles, si fréquemment employées dans les diverses espèces de laryngite, ont été aussi mises en usage dans la laryngite œdémateuse. M. Bricheteau, en particulier (*loc. cit.*), les a prescrites concurremment avec l'émétique, et les a continuées avec persévérance ; mais, bien qu'il les ait poussées jusqu'à produire la salivation, elles n'ont paru avoir un bon résultat que dans un seul cas. On pratique ces frictions tantôt sur le cou, tantôt dans

un point plus ou moins éloigné. M. Bricheteau faisait faire des frictions sur le ventre et les cuisses, avec 25 *grammes d'onguent napolitain, chaque jour.* On ne trouve pas dans les autres auteurs de détails bien circonstanciés sur cette espèce de médication.

Le *mercure* a été aussi donné à l'intérieur ; c'est le *calomel* qu'on a le plus fréquemment employé. M. Thompson (1) conseille d'en donner 5 *centigrammes toutes les six ou huit heures.* Nous ne connaissons rien qui prouve d'une manière précise l'efficacité de ce moyen.

Dans un cas où certaines cicatrices firent croire à l'existence d'une syphilis, M. Legroux eut recours à l'*iodure de potassium.* Les symptômes s'amendèrent rapidement et la guérison fut complète (2). Ce fait ne doit pas être perdu pour le praticien.

Vomitifs. C'est l'*émétique* qui a été presque exclusivement administré dans l'espèce de laryngite dont il s'agit. Il a été recommandé, en particulier, par Bayle et MM. Cruveilhier et Legroux. On a vu que, joint aux frictions mercurielles, il paraissait avoir eu de bons résultats dans un cas cité par M. Bricheteau ; j'en ai indiqué d'autres où, uni au vésicatoire, ce moyen avait été également suivi de succès. C'est donc un remède qu'il ne faudra pas négliger, sans toutefois lui accorder une aussi grande influence que dans le croup ; car ici il n'y a point de fausses membranes à détacher.

J'ai rapporté, dans mes recherches (*Mém. cit.*, p. 180), outre le cas cité plus haut et où l'émétique a été combiné avec le vésicatoire, une deuxième observation qui prouve les heureux effets de ce traitement dans lequel le tartre stibié joue assurément un grand rôle.

Tels sont les moyens que l'on peut appeler *indirects*, et qui sont le plus généralement mis en usage. Je n'ai point parlé des *antispasmodiques* recommandés par Bayle, sans doute pour combattre le prétendu spasme du poumon, ni des *diurétiques* indiqués par le même auteur ; car, si ces médicaments ont quelque effet comme adjuvants, ils n'ont jamais paru agir d'une manière notable sur la maladie.

Moyens directs. 1° *Insufflations de substances pulvérulentes.* On a rarement eu recours aux insufflations dans les cas d'œdème de la glotte confirmé. Dans un cas observé par M. Legroux (*loc. cit*, p. 94), l'*alun en poudre* fut plusieurs fois insufflé dans le larynx. Le malade succomba sans que ce moyen eût le moindre effet sur la maladie. On sera peu porté à le mettre en usage, si l'on réfléchit que ces insufflations sont irritantes, et peuvent augmenter, au moins momentanément, les accidents. Et ceci n'est point seulement une théorie ; car, dans les cas où l'on ordonne les insufflations pour une laryngite ulcéreuse chronique, on voit, immédiatement après l'introduction du médicament dans le larynx, survenir une suffocation d'une durée variable. Il est fâcheux que M. Legroux ne nous ait pas fait connaître les résultats immédiats de ces insufflations.

Il suit de ce qui précède que, dans l'état actuel de la science, on ne saurait recommander les insufflations de substances pulvérulentes. C'est à l'observation ultérieure à prononcer.

(1) *Chron. laryng.*, etc. (*The Lancet*, t. I, p. 513, 1834).
(2) *Bull. gén. de thér.*, avril et novembre 1846.

Incision; scarification; déchirure du bourrelet œdémateux. Lisfranc (1) eut le premier l'idée de faire sortir, à l'aide d'incisions plus ou moins nombreuses, le liquide séreux ou séro-purulent qui engorge le tissu sous-muqueux du larynx. Ce chirurgien cite cinq cas dans lesquels cette opération fut suivie d'un soulagement immédiat, et plus tard d'une guérison complète. Dans un sixième cas, plusieurs opérations semblables, pratiquées à des intervalles variables, n'agirent que comme palliatifs. Il existait des lésions profondes du larynx qui finirent par causer la mort du sujet. Voici comment Lisfranc pratiquait les scarifications :

SCARIFICATION DU BOURRELET ŒDÉMATEUX, PAR LISFRANC.

Prenez un bistouri un peu courbe, à lame étroite, longue, fixée sur un manche, et garnie de linge jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la pointe. Faites ouvrir largement la bouche au malade; maintenez les mâchoires écartées à l'aide d'un morceau de liége placé profondément entre les arcades dentaires, et dont une extrémité sera soutenue par un aide. Le malade étant assis en face de vous et la tête fixée contre la poitrine de l'aide, portez l'index et le médius de la main gauche dans la bouche, jusque sur le bourrelet œdémateux. Glissez à plat sur ces deux doigts le bistouri, tenu par son manche comme une plume à écrire. Lorsque vous serez parvenu sur le larynx, dirigez le tranchant en avant et en haut; puis, après avoir élevé le manche, abaissez-le peu à peu, en pressant légèrement sur la pointe. Ainsi, vous ne pouvez manquer d'ouvrir la tumeur.

Il faut d'abord faire peu de mouchetures; car, à l'aide de la pression, deux ou trois petites incisions suffisent. On les multiplierait facilement par le même procédé, si on le jugeait nécessaire.

Ces scarifications, dit Lisfranc, produisent l'écoulement de la matière infiltrée, et quelquefois un léger suintement sanguin qui opère un dégorgement salutaire. La toux provoquée par la chute de quelques gouttes de sérosité dans le larynx contribue beaucoup à diminuer la tumeur.

Les résultats immédiats de ces scarifications peuvent être entravés par une inflammation plus ou moins intense qu'elles déterminent dans le larynx et les parties environnantes. En pareil cas, il faut avoir recours aux saignées générales et locales, qui font bientôt disparaître cette inflammation traumatique.

Avant de faire des réflexions sur l'opération proposée par Lisfranc, je vais exposer les modifications que M. Legroux y a apportées. Cet auteur nous apprend que le souvenir du fait suivant, rapporté par Marjolin dans ses cours, lui donna l'idée de tenter la déchirure de la membrane muqueuse. Dans un cas d'angine œdémateuse, Marjolin employa, pour déchirer la muqueuse boursoufflée, une longue racine de guimauve qu'il introduisit dans le pharynx et l'œsophage, et avec laquelle il exerça des mouvements de haut en bas, et par suite des frottements sur ces organes. Cette opération fut suivie d'un plein succès. Voici comment procède M. Legroux :

PROCÉDÉ DE M. LEGROUX.

« Je me taille, dit-il, l'extrémité libre de l'ongle de l'index, de manière à former des pointes aiguës; je déchire, autant qu'il m'est possible de le faire, la muqueuse

(1) *Mém. sur l'ang. laryng. œd.* (*Journ. gén. de méd.*, t. LXXXIII, 1823).

boursoufflée. Des mucosités s'écoulent en abondance après cette opération. »

M. Legroux cite des cas où cette manœuvre a été suivie d'un soulagement presque immédiat.

Comment se fait-il qu'après les faits qui viennent d'être cités, les scarifications ou la déchirure du bourrelet œdémateux soient si peu recommandées ? Il faut d'abord en chercher la raison dans la difficulté que l'on éprouve fréquemment à distinguer ce bourrelet lui-même. En outre, on est généralement arrêté par la persuasion où l'on est que ces scarifications ou déchirures ne peuvent faire écouler qu'une très petite partie du liquide infiltré, alors même que le bourrelet est le plus accessible.

La première objection demande quelques mots d'explication. Sans doute on ne peut pas toujours reconnaître le bourrelet, puisque le gonflement, ainsi que l'a démontré M. Cruveilhier, peut exister à la partie inférieure du larynx ; mais ce n'est pas une raison pour repousser ce moyen de traitement ; il faut seulement reconnaître qu'il n'est applicable qu'à un certain nombre de cas. En un mot, on devra le tenter toutes les fois qu'on sentira distinctement le bourrelet œdémateux.

Quant à la seconde objection, elle paraît plus théorique que pratique. On s'est rappelé les expériences de Bayle, qui éprouvait de la difficulté à exprimer quelques gouttes de sérosité de ces bourrelets préalablement incisés, et l'on en a conclu que l'opération dont il s'agit devait produire très peu d'effet. Mais les observations positives, citées par Lisfranc et M. Legroux, doivent engager les praticiens à suivre leur exemple dans des circonstances semblables.

Reste maintenant la difficulté de cette opération. Il est certain qu'on parvient difficilement, dans certains cas, à porter l'instrument tranchant jusque sur l'ouverture laryngienne ; cette considération fera préférer peut-être le procédé adopté par M. Legroux et qui avait déjà été indiqué par Lisfranc, lorsqu'il disait : « Peut-être des ongles longs et tranchants pourraient ouvrir la tumeur. » D'un autre côté, on peut craindre que ces déchirures, ces lacérations d'un tissu déjà malade, n'occasionnent une inflammation plus violente que les simples scarifications. Il y a donc, comme on le voit, dans cette question de thérapeutique, comme dans tant d'autres, des problèmes très difficiles à résoudre. L'observation exacte prononcera. J'ajoute seulement que les observations de M. Legroux ne sont pas aussi concluantes qu'elles le paraissent au premier abord, parce que de larges vésicatoires (moyen d'une activité incontestable) ont été mis en usage en même temps que la lacération du bourrelet.

Laryngo-trachéotomie. Depuis longtemps on a eu l'idée de recourir à cette opération dans la laryngite œdémateuse, et l'on ne peut douter que plusieurs des cas d'angine pour lesquels on a autrefois conseillé la trachéotomie ne fussent des laryngites œdémateuses. Mais ce n'est guère qu'à Desault (1) qu'il faut faire remonter l'application méthodique de cette opération aux cas dont il s'agit. Après lui, plusieurs chirurgiens en France ont eu recours au même moyen avec des succès variés. Dans ces derniers temps, MM. Trousseau et Belloc ont pratiqué la trachéotomie dans des cas fort graves ; et lorsqu'ils n'ont pas réussi à sauver les sujets, ils ont presque constamment prolongé leur existence. MM. Lawrence, Miller, Purdon, Bricheteau, A. Lefèvre,

(1) *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 236 ; Paris, 1801.

Robert et Charcellay n'ont pas hésité à recourir à cette opération, et ces derniers ont cité des cas de guérison chez des sujets qui, sans aucun doute, auraient succombé si l'on n'avait point ouvert un libre accès à l'air. Le fait rapporté par M. Charcellay (1) est surtout des plus remarquables. Il s'agit d'un sujet qui avait un œdème de la glotte causé par l'ingestion de l'acide sulfurique. La trachéotomie fut pratiquée, et en vingt-neuf jours la cicatrisation était complète. Le malade ayant commis une imprudence, les symptômes se reproduisirent; M. Charcellay n'hésita pas à pratiquer une seconde fois l'opération sur l'ancienne cicatrice, et la guérison fut radicale.

Il est inutile d'entrer dans le détail des faits pour démontrer que l'ouverture du larynx et de la trachée doit être pratiquée lorsque les autres moyens, et notamment les larges vésicatoires, le tartre stibié et les scarifications, n'ont pas réussi. L'imminence de la suffocation doit décider le médecin à opérer, car il n'y a pas d'autre chance de salut.

Doit-on avoir recours à la *simple trachéotomie*, telle qu'elle a été décrite à l'article *Croup*, ou bien faut-il pratiquer la *laryngo-trachéotomie*, comme quelques médecins l'ont fait? Je pense qu'on ne doit pas adopter une de ces méthodes à l'exclusion de l'autre, car elles peuvent être toutes les deux applicables; il faut seulement savoir distinguer les cas.

S'il s'agit d'une laryngite séro-purulente récente, précédée des symptômes d'une laryngite simple, la seule indication à remplir est d'ouvrir à l'air un passage artificiel. Pour cela, la trachéotomie suffit. Si, au contraire, on a affaire à une laryngite ulcéreuse chronique, qui s'est terminée par l'œdème de la glotte, on peut, en pratiquant la laryngo-trachéotomie, atteindre un double but : celui de rétablir le passage de l'air, et celui de pouvoir porter sur l'organe malade des topiques actifs. Si l'on jugeait cette dernière opération nécessaire, voici comment on la pratiquerait.

LARYNGO-TRACHÉOTOMIE.

Tout étant disposé comme pour la trachéotomie (*voy.* p. 197), on fait partir l'incision cutanée du bord inférieur du cartilage thyroïde, et on la prolonge jusqu'à deux pouces au-dessous. On découvre l'espace crico-thyroïdien, la partie moyenne du cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, souvent recouverts par l'isthme du corps thyroïde : on incise la membrane crico-thyroïdienne au-dessus et auprès du bord supérieur du cartilage, pour éviter l'artère qui la recouvre, et, pénétrant ainsi dans le tube aérien, on incise de haut en bas les parties préalablement découvertes, en s'écartant le moins possible de la ligne médiane.

Telle est la manière dont on agit aujourd'hui. Boyer commençait l'incision du canal aérien par la trachée, puis il la prolongeait de bas en haut, jusqu'à ce qu'il eût coupé le cartilage cricoïde. Mais il n'est point important, comme dans la trachéotomie, d'ouvrir le tube aérien par en bas, car l'espace devenant plus grand, on ne risque pas, en agissant autrement, d'aller atteindre, en prolongeant l'incision, les gros vaisseaux situés au sommet de la poitrine.

Après l'opération, on se conduira comme il a été dit à l'occasion de la trachéo-

(1) *Mém. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire* (voy. *Bull. de thér.*, 30 avril 1849.

tomie (*voy.* p. 202). Si toutefois on veut porter sur le larynx lui-même des médicaments actifs, on attendra que les premiers accidents de l'opération soient passés; puis, à l'aide d'un pinceau de charpie monté sur un manche, ou mieux d'un morceau d'éponge fixé sur une baleine, on portera dans l'intérieur du larynx un des divers caustiques indiqués à l'article *Laryngite simple chronique.* Il ne faut pas croire cependant qu'on puisse toujours parvenir facilement à atteindre le siége de la maladie : les lésions se trouvent souvent hors de la portée de nos instruments. Dans un cas que j'ai rapporté dans mes recherches et qui est dû à M. Trousseau (voy. *Mém. cité*, p. 187), l'opération étant pratiquée sur le malade dans la position assise, il y eut une syncope promptement mortelle : c'est donc une position qu'il ne faudra jamais choisir.

Dans tous les cas, on ne devra pas négliger, après l'opération, les moyens propres à faire disparaître la laryngite séreuse ou séro-purulente ; et quant à la cicatrisation de la plaie faite au canal aérien, on ne devra la favoriser qu'après plusieurs essais qui auront prouvé que le passage de l'air est rétabli.

Il reste parfois après l'opération, et lorsque la cicatrice est parfaite, une ouverture permanente qui fait communiquer directement la trachée avec l'air extérieur : on peut remédier à cet inconvénient par la suture, après avoir ravivé les bords de l'ouverture, ou, si les tissus ne prêtaient point assez, en empruntant un lambeau aux parties voisines, ainsi que M. Velpeau l'a fait une fois avec un plein succès. Mais les malades sont si peu gênés par cette fistule, que quelques uns ne veulent pas, et c'est ce qui a été observé chez un sujet par M. Bricheteau, se soumettre à cette nouvelle opération. Ce n'est, au reste, là, qu'un léger inconvénient qui ne doit pas plus longtemps nous arrêter.

Casimir Broussais a cité un cas (1) dans lequel, après l'ouverture du canal aérien, on vit apparaître deux bourrelets œdémateux obstruant la partie inférieure du larynx : ces bourrelets furent excisés, et l'opération réussit complétement.

Résumé ; ordonnances. Les détails dans lesquels je suis entré à propos du traitement me dispensent de donner un grand nombre d'ordonnances. Je vais seulement présenter quelques prescriptions principales, applicables aux cas d'œdème de la glotte survenant dans le cours de la laryngite ulcéreuse chronique.

Ire Ordonnance.

LARYNGITE OEDÉMATEUSE AIGUE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs de sureau, édulcorée avec le sirop de guimauve.

2° Une saignée du bras, de 500 grammes, répétée le soir, si le sujet est vigoureux. En même temps, 25 ou 30 sangsues sur les parties latérales du cou.

3° Un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou, depuis la partie supérieure du larynx jusqu'au sternum.

4° ℞ Eau distillée de laitue. 160 gram. | Sirop d'ipécacuanha..... 30 gram.
Tartre stibié........ 0,10 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure. On peut mettre, si on le juge convenable, les 10 centigrammes de tartre stibié dans la tisane.

(1) *Annales de la méd. physiol.*, février 1829.

5° Si l'on peut atteindre le bourrelet, on doit chercher à l'inciser avec la pointe du bistouri, ou à le déchirer avec l'ongle taillé en pointes aiguës.

6° Diète absolue.

Je n'ai pas besoin de dire qu'on pourra ajouter à cette ordonnance des purgatifs, des pédiluves et des manuluves sinapisés, etc., moyens que l'on ne doit regarder que comme des adjuvants. Il faut en dire autant des préparations opiacées, qui ne sont données que comme calmantes.

II° Ordonnance.

ŒDÈME DE LA GLOTTE SURVENU DANS LE COURS D'UNE LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.

1° Pour tisane, infusion de violettes sucrée.

2° Saignées et sangsues, comme dans l'ordonnance précédente, si le malade a conservé ses forces; s'il est très débilité par une longue maladie, s'en tenir à 15 ou 20 sangsues.

3° Vésicatoire, *ut suprà.*

Ou bien :

Sinapismes fréquemment réitérés sur la région laryngienne et les parties latérales du cou.

4° Frictions mercurielles avec 15, 20 ou 25 grammes d'onguent mercuriel sur le ventre, les cuisses et les bras, jusqu'à ce que la salivation paraisse.

5° Vomitifs, scarifications, déchirure du bourrelet, *ut suprà.*

6° Régime moins sévère que dans le cas précédent, à moins que les symptômes n'aient une acuité marquée.

Dans la laryngite aiguë comme dans la laryngite chronique, si les moyens indiqués dans ces ordonnances n'avaient point d'effet sensible, et si la suffocation était imminente, il ne faudrait pas hésiter à recourir à la *laryngotomie* ou à la *laryngo-trachéotomie*, suivant les cas.

Traitement prophylactique. On a vu que les sujets les plus exposés à la laryngite séreuse ou séro-purulente sont ceux qui sont convalescents de maladies aiguës, et notamment des affections de poitrine et de la fièvre typhoïde, ceux qui contractent facilement des angines, et enfin ceux qui sont affectés de laryngite ulcéreuse chronique. Les premiers devront donc se soustraire avec soin au froid et à l'humidité; les derniers auront non seulement à éviter les variations brusques de température, l'exposition à la pluie, aux brouillards, etc., mais encore à éloigner toutes les causes qui peuvent porter une irritation sur le larynx, et qui ont été indiquées à l'article *Laryngite ulcéreuse chronique.*

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Laryngite séro-purulente aiguë :* antiphlogistiques énergiques; révulsifs; vomitifs; scarification, déchirure du bourrelet; trachéotomie.

2° *Laryngite œdémateuse dans le cours de la laryngite ulcéreuse chronique :* antiphlogistiques moins énergiques; révulsifs; vésicatoires; sinapismes; frictions mercurielles; scarifications, déchirure du bourrelet; trachéotomie ou laryngo-trachéotomie.

ARTICLE VII.

POLYPES, VÉGÉTATIONS, CANCER DU LARYNX; HYDATIDES, CALCULS, TUMEURS DE NATURE INDÉTERMINÉE.

Les diverses lésions dont je vais dire un mot dans cet article sont rares; elles sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et elles n'ont une importance réelle que relativement au diagnostic. Il est donc évident qu'elles intéressent infiniment moins le praticien que les autres affections du larynx, et c'est ce qui m'a engagé à les renfermer toutes dans une description peu étendue. Néanmoins, comme elles pourraient embarrasser le médecin, si elles venaient à se présenter à son observation, j'insisterai sur quelques particularités d'un intérêt pratique.

§ I. — Polypes, végétations.

Nous ne possédons pas de bonnes observations de polypes et de végétations développés dans le larynx; mais on en trouve un certain nombre de cas sommairement indiqués dans les auteurs.

Polypes. Desault (1) avait vu trois cas de polypes du larynx et de la trachée-artère. Lieutaud (2) en cite plusieurs exemples. MM. Trousseau et Belloc en ont recueilli un cas, et MM. Senn et Romain Gérardin en ont fourni chacun une observation.

Il serait inutile de rechercher *les causes* de ces excroissances, que leur forme et leur implantation par un pédicule étroit empêchent de regarder comme des végétations syphilitiques. On peut dire néanmoins d'une manière générale que ces polypes se produisent particulièrement chez l'adulte. On n'en connaît, en effet, qu'un seul cas, observé par Lieutaud (3) chez un enfant de douze ans.

Les *symptômes* communs à ces corps étrangers, formés dans les voies aériennes, sont une *suffocation* qui va sans cesse croissant. Toutefois, suivant Desault, la respiration serait libre dans certains moments et gênée dans d'autres, ce qu'il explique par les déplacements de la tumeur, qui tantôt se place entre les lèvres de la glotte, et tantôt laisse cette ouverture libre. Dans les observations que je viens de citer, cette intermittence n'a pas été aussi considérable que le prétend Desault. La *voix*, d'abord rauque, se perd au bout d'un temps très variable (de quelques mois à cinq ou six ans); l'*expectoration* ne présente rien de particulier; il n'y a point de *douleur locale* ni de *douleur à la pression.* Le malade éprouve un sentiment de *gêne*, et il a la *sensation d'un corps étranger* enfermé dans le larynx. Dans les derniers temps de l'existence, la *dyspnée* est extrême; l'inspiration sifflante se fait avec de grands efforts; le *murmure respiratoire* n'est point entendu dans la poitrine, et les malades meurent avec tous les signes de l'asphyxie par privation d'air. Dans un cas, on a vu, par moments, survenir un léger *mouvement fébrile*, mais c'est là un simple accident et non un symptôme propre à la maladie.

La *marche* de cette affection est lente, et sa *durée* indéterminée.

(1) *Œuv. chirurgicales*, t. II, p. 254.
(2) *Historia medica, sistens numerosissima cadav. hum. extispicia*, etc., t. II, lib. IV, obs. 63 et 64, p. 297; Paris, 1767.
(3) *Hist. anat. med.*, lib. IV, obs. 64.

A l'*autopsie*, on trouve une tumeur ordinairement piriforme, et fixée par un pédicule mince à un des ventricules du larynx. Dans tous les cas que j'ai rassemblés, c'était là qu'avait lieu l'implantation. La tumeur, tantôt lisse, tantôt présentant des aspérités, comme dans le cas cité par M. Gérardin (1), ne dépasse pas ordinairement la grosseur d'une aveline. Elle est, à son intérieur, blanche, fibreuse et résistante.

Nous n'avons rien de positif sur le *traitement* de cette maladie, si ce n'est que la *trachéotomie* ou la *laryngo-trachéotomie* doivent être pratiquées lorsque la suffocation devient trop considérable, et qu'après l'opération on doit tâcher de saisir et d'extirper la petite tumeur, ainsi que le recommandait Desault.

Végétations syphilitiques. Les symptômes causés par les végétations syphilitiques ne diffèrent guère, si toutefois on peut en juger par un très petit nombre de faits et quelques mots empruntés aux auteurs, de ceux qui viennent d'être décrits. Néanmoins on peut penser que ces tumeurs, ayant une base large et étant moins mobiles, ne produisent pas une suffocation intermittente, comme cela a lieu dans les cas précédents.

Plusieurs pièces d'anatomie pathologique, appartenant à des cas de ce genre, ont été décrites dans divers ouvrages. M. Andral (2) cite un cas dans lequel il a vu l'ouverture supérieure du larynx en grande partie obstruée par une végétation blanchâtre mamelonnée, ayant la plus exacte ressemblance avec une tête de choufleur, et se continuant intimement, par sa base, avec la membrane muqueuse. M. Ferrus (3) a rapporté une observation dans laquelle la description des symptômes est jointe à la description anatomique. Ces symptômes furent une *dyspnée* toujours croissante; des *accès de suffocation*, dont un dernier mortel; des *douleurs* vers le larynx durant depuis longtemps, et une grande tendance à la *congestion cérébrale.*

A l'ouverture du corps, on trouva deux tumeurs irrégulières, mamelonnées, fongueuses, dont l'une, de la grosseur d'une forte amande, adhérait, par une base assez large, aux deux replis fibro-membraneux qui forment le ventricule laryngien gauche, et l'autre, grosse comme un grain de millet, était située du côté opposé du larynx. La première oblitérait la glotte.

Les détails de cette intéressante observation prouvent combien, dans les cas de suffocation, on doit être attentif à rechercher la cause première de la maladie; car, chez cette malade, un traitement antisyphilitique aurait pu avoir un grand succès dans les premiers temps de l'affection. Quant à la question de l'extirpation de la tumeur, après la trachéotomie, elle n'est pas très difficile à résoudre, car le médecin doit agir suivant l'état des parties et la facilité qu'il a à atteindre le corps étranger. S'il peut le saisir, il doit, même quand il ne présente pas de pédicule, l'extirper aussi complétement que possible. La cautérisation et le traitement mercuriel achèveraient la cure.

M. Rayer (4) a représenté une tumeur de même nature, mais beaucoup plus considérable, car elle occupait toute la partie gauche du larynx.

(1) *Acad. de méd.*, séance du 27 septembre 1836.
(2) *Anat. pat.*, t. II, p. 472.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. V, p. 559.
(4) *Traité des maladies de la peau*; Paris, 1835, atlas, pl. XV, fig. 21.

Ces végétations sont-elles réellement dues au virus syphilitique? On ne peut point en douter pour le cas cité par M. Ferrus; quant à ceux qui sont rapportés par MM. Rayer et Andral, tout porte à croire qu'il en était de même, car les caractères des tumeurs étaient absolument semblables.

La *marche* de cette affection a été lente dans les cas que nous connaissons. Quant au *traitement*, nous n'en pouvons rien dire de positif, puisque la nature syphilitique du mal n'a point été reconnue pendant la vie.

§ II. — Cancer du larynx.

Cette affection est heureusement très rare; la science n'en possède que des exemples fort peu nombreux. Je me bornerai à indiquer les symptômes les plus remarquables indiqués dans les observations citées par M. Louis (1) et par MM. Trousseau et Belloc.

La maladie *débutait* par un enrouement de plus en plus considérable et de très longue durée; venaient ensuite l'*aphonie*, l'*oppression*, l'essoufflement, une grande *gêne* dans le larynx, et enfin les signes d'une *asphyxie* imminente. Chez le sujet observé par M. Louis, il était difficile de distinguer tous les symptômes du cancer, à cause de l'existence simultanée d'un emphysème pulmonaire très considérable. Cependant l'enrouement, puis l'aphonie permanente, l'amaigrissement, la teinte jaune terreuse de la peau, et, vers la fin de la maladie, le rejet des boissons par le nez, annoncèrent l'affection organique du larynx.

Dans trois cas cités par MM. Trousseau et Belloc, la *trachéotomie* fut pratiquée pour prévenir la suffocation; mais, dans deux, on ne reconnut la véritable nature de la maladie qu'après un temps assez considérable, et par suite de l'apparition, au dehors, de tumeurs ulcérées, saignantes, évidemment cancéreuses. Cela prouve combien le *diagnostic* est difficile dans les premiers temps de la maladie.

Chez un sujet, des débris de cartilages furent expulsés par la bouche. L'expectoration, chez le malade dont M. Louis nous a donné l'histoire, n'offrit rien de remarquable; elle consistait en quelques crachats grisâtres, demi-transparents, ou verdâtres et opaques. Elle ne varia que par son abondance. Mais ce qu'il importe de noter, c'est qu'il semblait à ce malade que les crachats se détachaient du cou, vers la partie supérieure du sternum. Cette sensation, quoique se produisant dans un point inférieur au larynx, aurait-elle quelque liaison avec la maladie de cet organe? Du reste, il n'est pas question, dans les observations de MM. Trousseau et Belloc, de douleurs *lancinantes ou autres;* et, dans le cas rapporté par M. Louis, il n'existait ni douleur de gorge ni *dysphagie*. Le rejet des boissons par le nez, dont j'ai parlé, n'eut lieu que deux fois.

La mort survint toujours lentement; elle fut causée, dans deux cas, par les progrès du cancer, qui, se portant vers l'œsophage, finit par mettre un obstacle invincible à la déglutition. Dans un autre, une phthisie aiguë emporta le malade.

Les tumeurs trouvées à l'*autopsie* sont irrégulières, dures, souvent ulcérées, comme dans un des cas cités par Morgagni (epist. XXVIII, 10). La description si exacte et si intéressante que M. Louis (*loc. cit.*, p. 173) nous a donnée de la

(1) *Recherch. sur l'emphys. pulm.*, obs. 1re (*Mém. de la Soc. méd. d'obs.*, t. I, p. 169; Paris, 1837).

tumeur cancéreuse qui existait chez son malade, est le meilleur exemple que je puisse présenter au lecteur.

« L'épiglotte, dit-il, était un peu déjetée à gauche, d'ailleurs saine. Immédiatement au-dessous d'elle se trouvait une matière blanche, dure, ferme, difficile à inciser, criant sous le scalpel, brillante, sans structure distincte, se prolongeant à droite et en arrière entre les cartilages thyroïde et cricoïde, ne dépassant pas supérieurement le niveau du thyroïde, et que très peu en arrière le cartilage aryténoïde du côté droit, lequel était transformé en une matière semblable à celle qui vient d'être décrite, sans être confondu avec elle, entièrement du moins. La masse cancéreuse dont il s'agit repoussait un peu l'épiglotte à gauche, avait trois quarts de pouce d'épaisseur en arrière, un peu moins en avant, et par conséquent la forme d'un coin, dont la grosse extrémité se trouvait dirigée vers la colonne vertébrale. Ramollie, de consistance crémeuse à l'intérieur, elle rétrécissait beaucoup la cavité du larynx à droite, où les cordes vocales étaient détruites; et ce rétrécissement était encore augmenté par le développement d'une autre masse cancéreuse, semblable à la première, beaucoup moins volumineuse seulement, et placée sous la corde vocale inférieure gauche, laquelle était déjetée en dedans; cette corde vocale et la supérieure correspondante étaient sans ulcération. D'ailleurs le cartilage thyroïde était sain, le cricoïde ossifié dans toute son étendue, et le muscle aryténoïdien finissait insensiblement, à droite, à la masse cancéreuse qui le remplaçait. La membrane muqueuse de la trachée-artère était pâle, d'une épaisseur et d'une consistance normales dans toute son étendue. »

La *marche* de cette maladie a toujours été lente, et sa durée n'a point encore été déterminée. Quant au *traitement*, il ne peut être que palliatif. Quand la suffocation est très considérable, la *trachéotomie* offre une précieuse ressource pour prolonger notablement les jours du malade.

§ III. — Hydatides, calculs.

On a cité des cas d'hydatides et de calculs développés dans le larynx. Regardant ces cas rares comme fort peu importants pour le praticien, je me bornerai à dire qu'on en trouve des exemples dans la thèse de M. Pravaz (1) et dans l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc, qui les lui ont empruntés.

Un mot seulement sur les *calculs* du larynx. Etaient-ce bien là de véritables calculs? L'analyse n'en ayant pas été faite, on peut en douter, d'autant plus que ces corps étrangers étaient rugueux et altérés à leur surface. Ne pourrait-on pas plutôt rapprocher ces faits du cas cité par Hunter, et dans lequel une portion de cartilage fut rendue, et mit fin aux symptômes les plus graves (2)?

§ IV. — Tumeurs de nature indéterminée.

Enfin, on a mentionné des tumeurs qui n'ont point été décrites avec assez de détails pour qu'on puisse indiquer leur nature, et qui, développées soit dans le larynx, soit dans les environs, ont obstrué le canal aérien et déterminé la mort par asphyxie.

(1) *Thèse*, Paris, 1824 : *De la phthisie laryngée.*
(2) J. FRANK, *Prax. med.*, t. VI, p. 199.

§ V. — Considérations générales.

On peut reconnaître à toutes les tumeurs qui viennent d'être indiquées des symptômes communs : ce sont l'*enrouement* de longue durée, l'*aphonie*, et la *suffocation*, qui finit par être portée au point de déterminer l'asphyxie.

Mais ont-elles des signes particuliers propres à fixer le *diagnostic?* Nous avons vu que, suivant Desault, une intermittence marquée dans les symptômes servirait à distinguer les *polypes pédiculés* des autres tumeurs ; mais ce signe diagnostique a besoin d'être vérifié.

La *nature syphilitique* des végétations ne peut être reconnue que par les commémoratifs et par la présence de traces syphilitiques sur d'autres parties du corps.

Quant au *cancer*, les douleurs ne pourront ordinairement pas servir à le faire distinguer, puisqu'on les a vues complétement manquer. L'apparition d'une tumeur bosselée sur les côtés du larynx, la désorganisation toujours croissante de cet organe, le rejet de matières sanieuses, l'extension de la maladie vers le pharynx, et par suite la gêne de la déglutition, devront fixer l'attention du médecin dans un diagnostic si difficile.

Pour les *autres tumeurs*, les faits ne nous permettent pas de rechercher si le diagnostic en est possible : on sait qu'il y a un obstacle à la respiration, que cet obstacle est dû à une occlusion plus ou moins complète de la glotte, mais rien de plus.

Si maintenant nous recherchons à quels signes on peut distinguer ces tumeurs des autres maladies du larynx, nous voyons :

1° Que leur marche lente les distingue suffisamment de la laryngite aiguë, de la laryngite striduleuse et de la laryngite pseudo-membraneuse ;

2° Que la suffocation toujours croissante ne permet pas de les confondre avec la laryngite chronique simple ;

3° Que les progrès lents de la suffocation ne ressemblent pas aux accès toujours plus ou moins violents de l'œdème de la glotte, affection qui toutefois peut venir se joindre à ces tumeurs elles-mêmes, comme MM. Trousseau et Belloc en ont cité des exemples ;

4° Enfin, que l'absence ou la diminution notable du murmure respiratoire, dans toute l'étendue de la poitrine, font distinguer ces tumeurs du larynx de toutes les affections qui laissent un libre passage à l'air.

§ VI. — Traitement.

Si nous n'avons pas, pour nous guider dans le traitement, l'étude d'un nombre de faits suffisants, du moins nous pouvons trouver dans les détails de ceux qui ont été indiqués plus haut quelques indications qu'il n'est pas inutile de mentionner.

Si par les antécédents du malade, ou par l'existence de traces syphilitiques sur d'autres parties du corps, on parvient à constater ou seulement à soupçonner fortement l'existence de *végétations vénériennes*, on ne doit pas hésiter à employer un traitement antisyphilitique énergique.

S'il s'agit d'un *cancer* révélé par quelqu'un des signes indiqués plus haut, un emplâtre de ciguë, l'usage de cette substance à l'intérieur, l'eau de Vichy, en un mot tous les moyens généralement conseillés contre le cancer, seront mis en usage.

Enfin, un précepte qui s'applique à toutes ces affections sans exception, c'est

celui de pratiquer la *trachéotomie* ou la *laryngo-trachéotomie*, dès que la suffocation devient très considérable. Elle a été faite avec un plein succès, pour un polype, par M. Ehrmann (de Strasbourg), qui a publié l'observation avec tous les détails nécessaires (1).

Après cette opération, on doit reprendre le traitement de la maladie. Dans le cas où un *polype* pourrait être atteint, on en ferait l'extirpation.

ARTICLE VIII.

APHONIE.

L'aphonie survient assez souvent sans qu'on puisse lui assigner pour cause une lésion déterminée du larynx : les exemples que je citerai dans le courant de cet article ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi l'extinction de la voix, qui, dans les maladies précédentes, n'était qu'un simple symptôme, constitue parfois à lui seul toute l'affection. Les médecins peuvent être appelés à traiter des cas de ce genre, qui présentent souvent de notables difficultés de diagnostic et une résistance fort grande aux remèdes les plus actifs. Tout me fait donc un devoir de donner avec quelques détails l'histoire de l'aphonie; mais, avant d'entrer en matière, je dois établir d'une manière bien précise ce que j'entends par ce mot qui a servi à désigner un si grand nombre d'états morbides fort différents.

Anciennement, sous le nom d'*aphonie*, on désignait tous les cas dans lesquels la voix était plus ou moins altérée ou entièrement perdue. Aussi, quand on parcourt les nombreuses observations qui portent ce titre, on trouve des aphonies dues à toutes les lésions du larynx précédemment indiquées, et de plus une aphonie suite de la petite vérole, d'une apoplexie qui a déterminé la paralysie de la langue, d'une congestion cérébrale, etc. On a aussi cité des faits nombreux sous les titres d'*aphonie des ivrognes*. Un cas d'*aphonie congénitale* est rapporté par Schrœckius (2), qui attribue l'affection au désir non satisfait de la mère de manger d'un certain poisson : ce qui faisait, dit l'auteur, que l'enfant était muet comme le poisson. Enfin, on trouve dans le recueil que je viens de citer un exemple d'aphonie par amour qui rentre dans l'*aphonia melancholica* de Sauvages. Il suffit d'avoir indiqué ces diverses espèces pour faire sentir combien une classification établie sur de tels faits serait vicieuse. Nous y trouvons, en effet, une aphonie symptomatique des lésions du larynx ou d'autres organes : du cerveau, par exemple; puis la difficulté de la parole observée dans le *delirium tremens;* puis encore une prétendue aphonie due à ce que l'on appelle une *envie* de grossesse, et qui est un véritable mutisme; enfin une aphonie qui n'est probablement autre chose qu'un refus de parler de la part d'un individu affecté de folie. Il est évident que, dans tous ces cas, la perte de la voix n'était qu'un phénomène souvent peu important.

C'est néanmoins d'après ces faits qu'ont été conçues les diverses classifications de cette maladie. Sauvages admettait les espèces suivantes : *Aphonie mélancho-*

(1) *Laryngot. dans un cas de polype du lar.*, Strasb., 1844, et *Comptes-rendus de l'Ac. de méd.*, séances du 1er et du 15 avril,

(2) *Miscell. nat. cur.*, an IX, dec. III, obs. VI, p 100.

lique; A. par antipathie; A. des ivrognes; A. catarrhale anévrismatique, traumatique, hystérique, paralytique et *pulmonique* (1). J. Frank (2) a établi une classification un peu différente : ainsi il traite séparément des aphonies symptomatique, primitive, traumatique, inflammatoire, catarrhale et arthritique, gastrique, spasmodique, métastatique, consensuelle. J'ai cité toutes ces divisions pour montrer combien est grande la confusion qui existe dans l'histoire de cette maladie. On peut la comparer à celle qui régnait dans la pathologie de la phthisie pulmonaire, avant que les recherches récentes l'aient simplifiée en rendant à chaque ordre de lésion ce qu'on lui avait emprunté pour en faire un état morbide des plus complexes. Il est important, je pense, d'agir de même pour l'aphonie, et de distinguer avec soin celle qui constitue une maladie particulière de celle qui n'est qu'un symptôme d'affections très différentes; c'est le seul moyen de mettre un peu de clarté dans l'étude des faits, et d'apporter dans la pratique moins de doute et d'hésitation.

D'après ces motifs, je traiterai uniquement, sous le nom d'aphonie, de la perte plus ou moins complète du timbre de la voix, qu'on ne peut rapporter à aucune lésion organique appréciable.

Sous ce titre d'*aphonie*, la plupart des auteurs ont encore décrit un état accidentel de mutisme, auquel quelques uns ont donné le nom particulier d'*alalie.* Mais en examinant attentivement les observations, j'ai vu que ce mutisme était plutôt un symptôme d'un état nerveux général, que le résultat d'un état particulier du larynx. Ce n'est, en effet, qu'à la suite d'une attaque d'hystérie ou de tout autre accident nerveux qu'il se déclare, et l'on ne peut évidemment pas plus faire de ce symptôme une maladie particulière que de la paralysie d'un ou de plusieurs membres qui survient dans les mêmes circonstances et disparaît de la même manière. C'est donc au chapitre consacré à l'histoire des névroses proprement dites qu'il faut renvoyer l'étude du mutisme accidentel.

Quant aux autres aphonies admises par les auteurs et citées plus haut, je n'en rappellerai quelques unes que pour les distinguer de celle qui fait le sujet de cet article.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

L'aphonie, telle que je la conçois, doit, ainsi qu'on vient de le voir, être *définie :* L'abolition plus ou moins complète de la voix, avec conservation de la parole, et sans lésion organique à laquelle on puisse la rapporter.

Cette maladie a été désignée presque généralement par le nom que je lui conserve; mais elle est connue aussi sous les noms de *perte de la voix, extinction de voix, dysphonie*, etc., etc.

Considérée sous le point de vue que j'ai choisi, cette affection *n'est point fréquente;* pour en recueillir un certain nombre de cas, il faut chercher dans une foule d'observations relatives à l'aphonie symptomatique. La description qui va suivre se ressentira sans doute de cette pénurie de faits, mais elle aura toujours une certaine valeur, car j'ai réuni un plus grand nombre d'observations qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent.

(1) *Nos. meth.*, class. VI, *debilitat.;* ord. III., *dyscinesiæ*.
(2) *Malad. du larynx*.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous ne possédons rien de précis sur les causes prédisposantes de l'aphonie. Ce que l'on peut dire de plus positif, c'est que les sujets atteints de névroses y sont plus exposés que les autres. On a dit que c'était chez les femmes hystériques qu'on la voyait survenir dans son plus haut degré ; cela est vrai, et j'en ai vu tout récemment un exemple fort remarquable ; toutefois il faut noter que les auteurs qui ont avancé cette proposition ont eu en vue le mutisme accidentel plus encore que la simple aphonie.

Selon M. Brodie (1), les hommes qui mènent une vie sédentaire et qui sont forcés de parler en public à haute voix, les ecclésiastiques en particulier, sont sujets à l'aphonie hystérique ; mais on peut appliquer à plusieurs des cas observés par cet auteur la réflexion précédente.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont extrêmement variables ; toutefois on doit reconnaître que celles qui sont de nature à produire une vive impression sur le sujet sont les plus fréquentes. On a cité comme cause occasionnelle la *suppression*, l'*approche des menstrues* et les *couches* (Fred. Hoffmann) ; une *attaque d'hystérie ;* la présence des *vers* dans le canal intestinal (2) ; une *affection des organes génitaux.* A l'occasion de cette dernière cause, on doit conserver quelques doutes lorsque l'affection est de nature syphilitique, parce qu'alors on peut penser que l'extinction de voix est due à une laryngite chronique de la même nature.

Dès longtemps l'attention des médecins a été fixée sur l'*état des nerfs récurrents* dans cette maladie. Galien avait déjà signalé les effets de la lésion traumatique de ces nerfs, et c'est, appuyés sur ses observations, que plusieurs auteurs, et entre autres Behrens (3), ont, dans la suite, attribué l'aphonie à un état morbide de ces nerfs, alors même qu'aucune lésion traumatique ne les avait atteints.

Il n'est pas extrêmement rare de voir survenir l'aphonie sous l'influence de l'*intoxication saturnine.* Les circonstances dans lesquelles la maladie se produit alors, et l'existence des symptômes paralytiques dans d'autres parties du corps, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, qu'on doit rapporter à la paralysie des muscles intrinsèques du larynx. D'après M. Tanquerel des Planches (4), Baglivi, Citois, de Haen, Bonté, Desbois de Rochefort, etc., ne traitent de cette aphonie que d'une manière générale. Quant à cet auteur lui-même, il en rapporte deux observations dont je parlerai plus loin. Avant lui, A. Portal (5) avait donné l'indication de deux cas semblables.

L'aphonie peut-elle se montrer sous forme *épidémique?* Medicus, cité par Zacutus Lusitanus, prétend avoir observé une épidémie de ce genre ; mais il

(1) Voy. *Gaz. méd. de Paris*, t. V, 1837, p. 181.
(2) CAR. SCHROETERIUS, *Miscell. nat. cur.*, an IV, dec. III, obs. LXVII, p. 126 ; et BUCHNER, *Act. nat. cur.*, vol. II, p. 145.
(3) *Miscell. nat. cur.*, an III, dec. III.
(4) *Traité des mal. de plomb*, t. II.
(5) *Cours d'anat. méd.*; Paris, 1804, vol. IV, p. 361.

nous manque les détails nécessaires pour juger si l'aphonie était essentielle, ou, ce qui est probable, s'il s'agissait d'une laryngite avec extinction de la voix.

Les cas rapportés par Alardus Mauricius Eggerdes (1) ne doivent pas nous occuper ici ; car la maladie consistait en un véritable mutisme qui prit un caractère épidémique, et qui se manifesta chez des militaires parfaitement bien portants.

Il est encore beaucoup d'autres causes qui ont été admises par les auteurs, mais qu'il est inutile d'énumérer ici, car leur existence n'est nullement démontrée.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont été excessivement sobres de détails sur les symptômes ; de telle sorte que très souvent il est impossible de savoir s'il existait une simple aphonie ou un véritable mutisme : or, comme la plupart n'ont fait aucune distinction entre ces deux états, il s'ensuit que cette négligence laisse un grand nombre de questions fort indécises.

Début. Le *début* de l'aphonie peut être brusque ou graduel : dans ce dernier cas, comme on en trouve un exemple dans une observation citée par M. Ollivier, d'Angers (2), on voit parfois apparaître d'abord une légère irritation de la gorge qui disparaît entièrement lorsque l'aphonie est devenue complète. Dans d'autres cas, au contraire, le début est si brusque, et les accidents qui l'accompagnent si complétement nuls, que les malades peuvent rester longtemps sans s'apercevoir de leur état, et n'en être avertis qu'au moment où ils veulent parler. C'est ce qui arrivait à la malade dont M. Rennes de Strasbourg nous a laissé l'histoire (3).

Symptômes. De quelque manière que le début ait eu lieu, lorsque l'*aphonie* existe, les malades ne peuvent parler qu'à *voix basse*, et souvent en faisant de *grands efforts* pour se faire entendre ; mais c'est là le seul symptôme de la maladie, car, du reste, il n'existe ni douleur du larynx, ni toux, ni dyspnée. Lorsque ces derniers symptômes sont mentionnés, il est permis de croire que la maladie est due à une laryngite simple chronique, comme on en voit des exemples dans les observations de Zacutus Lusitanus (4), Th. Bonet (5), Scudamore (6), etc., etc.

Telle est l'aphonie proprement dite, qui consiste, comme on le voit, dans l'abolition du timbre de la voix et la conservation de la parole ; différence essentielle entre elle et le mutisme accidentel.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est capricieuse, comme celle de toutes les névroses. Ainsi on trouve des faits dans lesquels, après une longue durée, la maladie se termine tout à coup et sans cause appréciable. Dans d'autres circonstances, elle se reproduit à des intervalles variables, persiste chaque fois pendant un temps indéterminé, et enfin devient permanente ou disparaît pour ne plus revenir. J'ai vu un cas d'aphonie simple, où l'extinction de voix, survenue tout à coup, persiste avec la

(1) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, an IV; 1698.
(2) *Arch. gén.*, 1re série, t. XX, p. 237.
(3) *Archiv. gén. de méd.*, 2e série, t. XX, p. 231.
(4) *Prax. med. admir.*, obs. CV.
(5) *Polyath.*, t. I, p. 1082.
(6) *Edinb. med. and. surg, Journ.*, juillet 1815, t. XI, p. 304.

même intensité depuis longues années. Le sujet de cette observation est une domestique qui, pour rappeler ses règles supprimées, prit secrètement un éméto-cathartique qui lui avait été donné par un charlatan. Des évacuations excessives furent provoquées par le remède, et lorsqu'on vint au secours de cette femme, on la trouva presque inanimée. Dès ce moment, elle n'a pu parler qu'à voix basse, faisant des efforts considérables pour se faire entendre, n'éprouvant aucun symptôme du côté du larynx, autre que l'extinction de voix, et jouissant d'ailleurs d'une parfaite santé.

Il est bien rare que l'affection soit évidemment *intermittente*. On en trouve néanmoins quelques cas extrêmement curieux dans les auteurs. Celui qui a été rapporté par M. Rennes est surtout remarquable sous ce rapport.

On rencontre des exemples semblables dans les *Actes des curieux de la nature*. Toutefois il faut prendre garde de confondre avec l'aphonie le mutisme accidentel, dont on a plus souvent encore observé l'intermittence ; c'est dans cette catégorie qu'il faut ranger le cas de Rosinus Lentilius (1), que tout le monde a cité comme une aphonie : le malade ne parlait que depuis midi jusqu'à une heure environ.

Enfin, sous le titre d'*aphonie périodique*, le docteur Richter de Wisbaden (2) a rapporté un cas d'extinction de voix revenant tous les jours à la même heure, et guérie par le sulfate de quinine. Mais cette aphonie n'était qu'un simple symptôme d'une attaque d'hystérie, et par conséquent j'aurai à y revenir à l'occasion de cette dernière maladie.

La *durée* de l'aphonie est indéterminée ; elle peut être d'un très grand nombre d'années, ou disparaître très rapidement.

L'aphonie simple peut ne se *terminer* qu'avec la vie du malade. Rarement, lorsque la cause occasionnelle n'est pas une attaque d'hystérie, la médication la plus active est parvenue à rendre à la voix son timbre et sa force. Dans les cas les plus heureux, la voix reparaît tout à coup, soit sans cause connue, soit à la suite de quelques moyens dirigés ou non contre la maladie. Si quelques auteurs ont avancé que cette terminaison de l'aphonie est assez fréquente, c'est qu'ils ont eu en vue des cas de mutisme accidentel, qui la présentent en effet souvent, surtout lorsqu'ils ont été produits par une émotion morale. Quand l'extinction de voix succède à une attaque d'hystérie, elle se dissipe d'elle-même et peu à peu. J'en ai vu récemment plusieurs exemples.

§ V. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Parmi les questions qui doivent le plus nous intéresser dans l'histoire de la maladie, il faut placer en première ligne le diagnostic. On sent, en effet, combien il est important de reconnaître l'aphonie simple au milieu de tant d'autres affections à lésions profondes qui peuvent produire l'extinction de la voix.

Nous chercherons d'abord à distinguer de l'aphonie simple les diverses *laryngites* qui ont été décrites plus haut. Dans quelques cas, on a vu cette affection commencer par des signes d'une légère irritation du larynx ; mais ces phénomènes, d'une très courte durée, disparaissaient à mesure que l'aphonie faisait des progrès,

(1) *Miscell. nat. cur.*, dec. II, an IX, p. 345.
(2) *Lond. med. Gaz.*, t. XIII, p. 576 ; 1834.

tandis que le contraire a lieu dans les laryngites de toute espèce. Le plus souvent, l'aphonie simple survient rapidement ou même tout à coup, sans aucun autre symptôme du côté du larynx, circonstance qui suffit pour fixer le diagnostic. Une fois déclarée, elle persiste sans aucun des signes de l'inflammation du larynx : point de douleur, point de dyspnée, point de toux, point d'expectoration. On voit donc que l'erreur est extrêmement facile à éviter.

Le diagnostic de l'aphonie et des divers mutismes symptomatiques n'a pu être recherché que par les auteurs qui, sous le nom d'*aphonie*, ont compris non-seulement l'extinction de voix, mais encore l'abolition de la parole. Quant à moi, qui ai distingué ces deux états, je ne parlerai ici ni du *mutisme apoplectique*, ni de l'embarras de la parole que l'on observe chez les *paralytiques aliénés*, ou chez les sujets affectés du *delirium tremens ;* ni de la perte de la voix que produit l'*empoisonnement par la jusquiame :* états trop différents de l'aphonie simple pour pouvoir donner lieu à la moindre hésitation. Pour la même raison, je ne chercherai pas à établir un diagnostic entre l'aphonie et le *mutisme* survenant dans l'hystérie ou produit par la frayeur.

Reste maintenant à savoir *à quelle cause est due l'aphonie ;* c'est là ce qu'il est difficile de découvrir. En lui donnant le nom d'*aphonie nerveuse*, on a, dans ces derniers temps, placé dans les nerfs le siége de la maladie. Cette opinion est loin d'être nouvelle ; car nous avons vu que, dès la plus haute antiquité, les nerfs récurrents, qui portent la motilité aux muscles intrinsèques du larynx, avaient été regardés comme principalement malades, et que l'on s'était fondé, pour cela, sur les observations faites dans les cas où ces nerfs avaient été lésés. Ainsi Zacutus Lusitanus (1) cite, d'après Amatus Lusitanus, un cas dans lequel l'application du sublimé corrosif sur une tumeur strumeuse du cou atteignit l'un des nerfs récurrents, et abolit immédiatement la voix. Paul d'Ægine et Avicenne avaient déjà publié des observations semblables.

Si une tumeur existe auprès du nerf récurrent, c'est à elle qu'on sera porté à attribuer l'extinction de voix ; mais quelquefois cette tumeur enveloppe le nerf récurrent dans la poitrine même, comme on en a montré dernièrement un exemple à la Société anatomique. Alors on peut tout au plus soupçonner la cause de l'aphonie.

Dans les cas où il n'existe aucune tumeur, est-il certain que les nerfs récurrents soient affectés? Il est impossible de trancher une semblable question, quoiqu'on soit naturellement porté à penser qu'il se passe dans ces nerfs quelque chose de semblable à ce qui a lieu dans le nerf facial chez les sujets affectés de paralysie de la face.

Il est enfin fort intéressant pour le praticien de distinguer la *cause* morbide éloignée qui a pu donner lieu à l'aphonie. Ainsi la présence des *vers* dans l'intestin, une *maladie des organes génitaux*, attireront spécialement son attention.

(1) *De med. princip. histor.*, Lugd., 1610 : *De voc. læsion.*

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de l'aphonie et des diverses espèces de laryngite.

APHONIE.	LARYNGITES.
Pas d'irritation du larynx, ou très peu au début.	*Irritation* plus ou moins vive du larynx; douleur, picotements, toux, dyspnée, etc.
Le plus souvent, *début* brusque ou subit.	*Début* graduel.
Action de parler non douloureuse, malgré les efforts du malade.	*Action de parler* souvent pénible, difficile et douloureuse.

Pronostic. Le pronostic de l'aphonie simple est peu grave en général; mais cette affection constitue une infirmité dont les malades cherchent à se débarrasser à tout prix : on se demande donc si l'on peut reconnaître les cas où la guérison est possible.

On peut dire en général que l'aphonie simple est toujours plus ou moins rebelle. Toutefois elle est bien plus facile à guérir lorsqu'elle se présente sous la forme intermittente, et qu'elle est due à une affection appréciable dont le siége est plus ou moins éloigné du larynx, que dans des circonstances opposées.

§ VI. — Traitement.

Je viens de tracer l'histoire de l'aphonie aussi bien qu'a pu me le permettre le petit nombre de faits, généralement fort mal exposés, qu'on trouve dans la science. Je suis le premier à reconnaître combien cette description manque de précision, bien que je me sois servi de matériaux peu connus jusqu'ici. Mais en signalant quelques faits ignorés, et surtout en distinguant avec soin l'aphonie des maladies avec lesquelles on l'a trop confondue jusqu'à ce jour, j'aurai, je le pense, jeté quelque lumière sur cette affection, qu'il importe à un si haut degré de reconnaître. Voyons maintenant quels sont les traitements qu'on lui a opposés avec le plus de succès.

1° *Antiphlogistiques*. On a eu assez rarement recours aux moyens de cette nature, et on le conçoit facilement lorsqu'on songe à l'absence presque constante de tout symptôme inflammatoire. Cependant on cite quelques cas dans lesquels la *saignée* a produit des effets presque merveilleux. C'est ce qui eut lieu chez la malade observée par M. Ollivier, d'Angers (*loc. cit.*, p. 237).

Il s'agissait d'une aphonie revenant depuis longues années à des intervalles variables, et durant plus ou moins longtemps. De nombreux moyens avaient été sans résultat; on eut recours à la saignée. A peine le sang avait-il commencé à couler que la voix reparut. Depuis lors on employa chaque fois le même moyen, et toujours avec le même succès.

Il est inutile d'ajouter des réflexions à ce fait, qui parle assez de lui-même. L'efficacité de la saignée y est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de la faire remarquer.

Juncker (1) cite un cas qui n'est pas moins remarquable; car, chez une jeune fille atteinte d'aphonie, sept fois la saignée fut pratiquée dans un court espace de temps, et sept fois la voix se rétablit pendant l'écoulement du sang, pour disparaître après la saignée. Voilà donc un moyen qu'on ne devra jamais manquer d'essayer.

(1) *Conspect. therap.*, p. 254; Hale, 1750.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques ont été bien plus souvent mis en usage, et parmi eux aucun ne l'a été plus fréquemment que le *succin.* Les anciens auteurs paraissent avoir attribué une très grande efficacité à ce médicament, car ils n'ont presque jamais négligé de l'administrer : c'est ce qu'on peut voir dans les différents faits cités dans les *Actes des curieux de la nature.* On donne ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Teinture éthérée de succin...	1 gram.	Eau..................	250 gram.
Sucre....................	35 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées, toutes les trois heures.

Fréd. Hoffmann (1) prescrivit, dans un cas d'aphonie complète, la potion suivante :

℞ Teinture alcoolique de castoréum...............	60 gouttes.	Ammoniaque liquide....	3 décigram.
		Éther sulfurique alcoolisé	2 gram.

Mêlez. A prendre 30 gouttes toutes les quatre heures, dans :

Eau distillée de muguet........ .... une cuillerée.

Il est inutile de multiplier ces formules; car, malgré la confiance qui a été accordée aux médicaments de ce genre, on ne trouve guère de cas où, administrés seuls, ils aient eu un succès véritable.

Révulsifs. Ce sont encore là des moyens auxquels on a eu très fréquemment recours; mais, à ce sujet, je dois renvoyer à l'article *Laryngite simple;* car les mêmes révulsifs ont été employés dans les deux maladies, et de la même manière. Les *vésicatoires*, les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, les *sinapismes*, en un mot tout ce qui peut déterminer une forte irritation sur le tégument externe a été mis en usage dans l'aphonie nerveuse aussi bien que dans l'aphonie due à une lésion organique.

Le *séton à la nuque* fut ordonné par M. Rayer dans un cas qui se termina favorablement. C'est aussi à la nuque que le docteur Gunther (2) veut qu'on applique les vésicatoires; mais son but est tout spécial : il pense qu'en appliquant l'exutoire sur cette région on agit sur le nerf glosso-pharyngien, atteint par la cause qui a déterminé la maladie. Il est inutile de faire remarquer combien cette théorie est erronée.

Vomitifs; purgatifs. Il est impossible de trouver dans les auteurs aucun fait qui fasse connaître d'une manière positive le degré d'efficacité de ces médicaments. Medicus et le docteur Lilienhain (3) se bornent à dire, l'un qu'il obtint de très bons effets de l'*émétique*, l'autre qu'il réussit, à l'aide d'émétiques administrés sur-le-champ, à rendre la parole à cinq jeunes filles frappées d'aphonie à la suite d'un accès de frayeur ou de colère. On sent combien il serait nécessaire de pouvoir examiner les observations. Si donc j'indique ces moyens, c'est parce qu'ils sont généralement employés, et qu'une dérivation sur le canal intestinal peut, dans ces cas dont il s'agit, avoir son degré d'efficacité. L'espèce de vomitif ou de purgatif qu'il faut mettre en usage ne peut être déterminée par l'analyse des faits; plusieurs auteurs, et principalement les Anglais, emploient plus particulièrement

(1) *Oper. omn.*, Genev., 1748; *Aphon.*, t. III.
(2) *Lond. med. Repository*, t. XIII, p. 524; 1820.
(3) *Hufeland's Journ.*, 1825, cahier supplém., p. 80.

le *calomel*, qui a une double action. Le docteur Watson (1) prescrivait ce médicament, uni au jalap, de la manière suivante :

℞ Poudre de jalap......	1,25 gram.	Calomel...............	0,30 gram.

A prendre en une fois.

Chez un sujet observé par le docteur Graves, et dont M. Blache (2) a donné le résumé, le calomel fut employé seul jusqu'à production de la salivation, et l'amélioration ne fut sensible que lorsque l'action du médicament sur la bouche se fut manifestée.

Dans les cas cités par M. Webster, et rapportés dans la *Gazette médicale*, les purgatifs unis au vésicatoire eurent, suivant cet auteur, un très heureux effet. M. Watson a mis en usage les *lavements de savon*, dont il est difficile d'apprécier l'utilité.

Quelques autres remèdes internes ont été conseillés. Ainsi Zacutus Lusitanus (3) prescrivit le médicament suivant :

℞ Thériaque............	6 gram.	Eau de chardon-bénit.....	120 gram.

A prendre par cuillerées.

Suivant cet auteur, une sueur abondante, déterminée par ce remède, fit cesser la maladie qui durait depuis plusieurs années, et qui avait résisté à beaucoup d'autres moyens. Juncker (*loc. cit.*), dans un cas à peu près semblable, administra une décoction de *véronique*, et, dit-il, avec succès. Il est évident qu'on ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse de ces faits, qu'il importait néanmoins de connaître, afin de savoir à quels moyens on peut avoir recours dans les cas difficiles.

Médication topique. On a imaginé aussi d'agir directement sur le larynx, comme étant l'organe uniquement affecté. Le docteur Bennati (4) employait ordinairement l'alun sous forme de gargarisme, et aux doses suivantes :

℞ Sulfate d'alumine........	4 gram.	Sirop diacode............	16 gram.
Décoction d'orge bien filtrée.	300 gram.		

Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Cette formule, dans l'ouvrage de l'auteur, porte le titre de n° 1. A chaque numéro suivant Bennati ajoutait 4 grammes d'alun, et il a été jusqu'à prescrire le gargarisme n° 18, c'est-à-dire 72 grammes d'alun pour 320 grammes d'excipient, ce qui est une solution extrêmement concentrée. Mais il faut dire que dans le plus grand nombre des cas, suivant Bennati, les n°s 3, 4 et 5 ont été suffisants. D'après un certain nombre de faits qu'il a rapportés, cet auteur pense que le caustique, agissant sur les parties constituantes du pharynx et sur le voile du palais, procure la guérison en rendant leur tonicité à ces parties relâchées par une légère irritation chronique, seule cause de la diminution plus ou moins grande de la voix. Mais je ferai remarquer qu'il ne ressort pas parfaitement de ces observations que le larynx ne fût pas atteint lui-même d'une légère inflammation chronique. D'un autre côté, plusieurs de ces malades avaient d'autres affections qui pouvaient déterminer

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XI, p. 303; 1815.
(2) *Dict. de méd.*, art. APHONIE.
(3) *Prax. med. adm.*, obs. CVI.
(4) *Étud. phys. et path. sur les organes de la voix*; Paris, 1833.

l'affaiblissement de la voix, et l'on conçoit très bien que, dans ces cas, l'aphonie pouvait disparaître avec ces affections, dont le siége était plus ou moins éloigné du larynx, sans que l'on soit en droit d'attribuer la guérison à l'action du topique. En un mot, le diagnostic ne paraît malheureusement pas assez bien établi.

M. Trousseau (1) a cité quelques cas dans lesquels la *cautérisation* avec le *nitrate d'argent* a fait disparaître des aphonies qui duraient depuis longtemps. Mais, encore ici, est-il permis de dire qu'il n'y avait aucun symptôme de laryngite ? En parcourant les deux premières observations, les seules dans lesquelles on puisse admettre qu'il n'existait aucune lésion profonde du larynx, on voit que néanmoins il y avait eu du côté de la gorge, au début, de l'irritation, une gêne marquée et une sensation pénible qui provoquait la toux. En sorte qu'on pourrait, à la rigueur, regarder la maladie comme une laryngite très légère passée à l'état chronique. Quoi qu'il en soit, M. Trousseau ne pratique pas autrement la cautérisation dans les cas d'aphonie que dans ceux de laryngite chronique : je me borne donc à renvoyer le lecteur au traitement de cette dernière maladie (*voy.* p. 130).

On peut rapprocher de cette médication celle qui a été employée par M. Gerner (2), et qui consiste dans l'*inspiration de vapeurs ammoniacales*, dégagées du mélange des solutions d'hydrochlorate d'ammoniaque et de carbonate de potasse. Mais je ne saurais conseiller cette médication appuyée sur un seul fait, à cause du danger qu'elle présente. Il est, en effet, difficile de limiter l'action de ces vapeurs ammoniacales, qui peuvent porter sur les poumons une irritation funeste.

Enfin, le docteur Lilienhain (3) eut l'idée, dans deux cas où les émétiques n'avaient pas réussi, de déterminer une irritation sur la langue par l'emploi topique du *piment des jardins* (*capsicum annuum*), et, selon lui, les résultats furent très heureux. Pour mettre en usage cette médication, on emploiera, si l'on peut se procurer le piment frais, une pâte formée de ce fruit écrasé, qu'on appliquera sur la langue, en en surveillant l'action pour que l'irritation ne soit pas trop forte ; ou bien on se servira du mélange suivant :

℞ Teinture de poivre de Guinée (*capsicum annuum*)....... 7 gram.	Infusion de cochléaria........ 80 gram.

Trempez dans ce liquide des compresses que vous appliquerez sur la langue, jusqu'à ce qu'une irritation convenable ait été produite.

Je ne ferai aucune réflexion sur cette médication ; c'est au praticien à voir si elle a réellement l'efficacité que lui attribue l'auteur.

On a cité (4) un cas d'aphonie durant depuis douze ans chez une demoiselle, et qu'on a guérie en faisant fumer des *cigarettes de benjoin* ainsi préparées :

« On prend une feuille de papier brouillard blanc et épais, que l'on imprègne avec une solution saturée de nitrate de potasse ; puis cette feuille est mise à sécher, et, une fois sèche, on étend dessus une couche de teinture composée de benjoin. Enfin, le papier est taillé en petits morceaux de 8 centimètres de long sur 3 ou 4

(1) *De la cautérisation du larynx dans certains cas d'aphonie chronique* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1835).

(2) *British med. Review*, t. VIII, p. 252; 1839.

(3) *Hufeland's Journal*, 1829, cahier suppl., p. 89.

(4) *The provincial Journal*, et *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, janvier 1850.

de large, que l'on roule comme des cigarettes ordinaires. Le papier, en brûlant, répand des vapeurs blanches, épaisses, qu'il faut aspirer autant que possible. »

Électricité ; galvanisme. Le galvanisme et l'électricité, dit le docteur Ryland (1) comptent de fréquents succès et d'aussi fréquents insuccès. Je n'ai point trouvé dans la science d'observations propres à fixer mon opinion ; et, sauf un fait de M. Serres, je ne connais, sur ce point, que quelques assertions de différents auteurs. Toutefois on conçoit que ces moyens puissent être tentés, dans un cas où les précédents auraient complétement échoué : car si leur efficacité n'est pas mise hors de doute, ils n'offrent du moins aucun danger. L'électro-puncture me paraît être le moyen qu'on devra choisir de préférence ; on le mettra en usage de la manière suivante :

ÉLECTRO-PUNCTURE.

Implantez deux aiguilles de platine, l'une à la réunion de l'occipital et de la colonne vertébrale, un peu en dehors de celle-ci, et l'autre au-dessous du larynx ou à la partie inférieure du cou, à deux ou trois travers de doigt en dehors de la ligne médiane. Puis, à l'aide de la pile de Volta ou de la machine électro-magnétique de Clarck, établissez un courant par secousses rapides, ce que l'on obtient en maintenant le pôle positif sur l'aiguille implantée au-dessous de l'occipital, et en appliquant par moments le pôle négatif sur l'autre. C'est au médecin à mesurer, d'après l'effet produit, le nombre de secousses nécessaires. Cette petite opération peut avoir lieu tous les jours jusqu'à complète guérison, à moins qu'elle ne fatigue trop le malade, auquel cas on éloignera plus ou moins les séances.

Traitement de l'aphonie intermittente. Parmi les cas d'aphonie intermittente que j'ai pu rassembler, il en est peu qui aient cédé à l'action du quinquina ou du sulfate de quinine. Chez la malade traitée par le docteur Rennes (*loc. cit.*), ce médicament, administré à la dose de 45 centigrammes chaque matin, pendant cinq jours, ne produisit aucun effet. Néanmoins le docteur Richter (*loc. cit.*) vit cesser sous l'influence de cette substance, donnée à haute dose, une aphonie symptomatique d'une hystérie dont les accès revenaient tous les jours à la même heure. Dans un cas observé par M. Mêlier (2), le sulfate de quinine, qui avait réussi d'abord, finit par être inutile.

On ne devra donc pas, malgré les insuccès, négliger le sulfate de quinine dès qu'on aura lieu de supposer que l'affection est périodique.

Indications particulières. On a vu, à l'article *Causes*, que souvent l'aphonie pouvait être attribuée à des causes spéciales très variables, et qu'en remplissant les indications qui en découlaient, on avait quelquefois réussi à rendre à la voix son intégrité. Le médecin recherchera donc, avec le plus grand soin, toutes les circonstances qui ont environné l'apparition de la maladie, afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens qui lui paraîtront le plus appropriés. On sent qu'il serait impossible, à cause même de la variété de ces circonstances, de tracer d'une manière générale le traitement de ces cas particuliers. Je vais donc me borner à indiquer les faits principaux qui se sont présentés à l'observation des auteurs, afin que le praticien

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XLIX, p. 579.
(2) *Revue médic.*, février 1842, p. 276.

puisse y trouver des exemples qui lui serviront, avec quelques modifications, dans les nouveaux cas qui s'offriront à lui.

La *frayeur*, ou toute autre *émotion vive*, a parfois produit l'aphonie. Dans ce cas, on a vu une émotion de la même nature ou autre rendre subitement la voix que n'avait pu rétablir un traitement prolongé. Ainsi M. Blache (*loc. cit.*) a vu, chez une dame à laquelle il donnait des soins avec M. Chomel, l'aphonie, due à un excès de joie succédant immédiatement à une vive inquiétude, disparaître tout à coup après une violente émotion, et deux fois des causes analogues ramener et suspendre cette affection. L'observation de M. Mêlier, citée plus haut, est un autre exemple de l'influence des émotions vives. Des faits semblables sont rapportés dans les *Actes des curieux de la nature*. En pareil cas, le médecin devrait-il imiter ces effets du hasard, et chercher dans des émotions fortes un remède que la matière médicale ne lui aurait pas donné ? Je pense qu'il faut être extrêmement prudent dans l'emploi de semblables moyens, qui pourraient fort bien manquer leur but, tout en produisant de fâcheux accidents. Tout ce que le médecin peut se permettre, c'est d'imiter la conduite de Guersant dans le cas suivant. M. Blache rapporte (*loc. cit.*, p. 435) que chez une jeune fille devenue aphone dans la longue convalescence d'une fièvre grave, la crainte d'un large vésicatoire que Guersant proposait d'appliquer sur le cou fit disparaître rapidement le phénomène morbide. C'est là évidemment une donnée que l'on ne doit point négliger, car en proposant les moyens qui paraîtront devoir causer au sujet le plus d'appréhension, on pourra espérer d'obtenir un semblable résultat. Toutefois, dans le cas où le moyen proposé ne pourrait point être appliqué, le médecin devrait toujours faire en sorte de se réserver un motif pour revenir sur sa détermination, afin de ne pas perdre son influence sur l'esprit du malade. Il est inutile d'indiquer les différents traitements qui peuvent être proposés, car ils doivent varier suivant les sujets et les circonstances. Bornons-nous à dire, d'une manière générale, que les moyens douloureux, comme les caustiques, le cautère actuel, etc., offriront les principales ressources dans cette espèce de traitement moral.

Dans les cas où l'on pourrait supposer que la perte de la voix est due à l'influence d'une *affection des organes génitaux*, le traitement de cette affection devrait être suivi avec le plus grand soin. Zacutus Lusitanus (*loc. cit.*) employa, dit-il, avec succès, deux cautères appliqués aux aines, pour remédier à la suppression d'une blennhorragie à laquelle on attribuait l'aphonie. M. Tanchou (1) vit une aphonie paraître avec une inflammation urétro-vésicale, et disparaître avec elle ; et M. Piorry (2) rapporte l'histoire d'une jeune dame qui recouvra, immédiatement après l'application d'un pessaire, l'intégrité de sa voie en partie perdue. Sans accorder à ces faits isolés une très grande valeur, il est bon de les faire connaître, pour augmenter les ressources du praticien.

Enfin, les cas dans lesquels la maladie a paru liée à l'*existence des vers* dans le tube intestinal nous fournissent des exemples de guérison après l'expulsion de ces entozoaires. Si donc cette cause paraissait exister, il faudrait se hâter de recourir aux moyens qui seront exposés avec détail à l'article consacré aux *vers intestinaux*.

(1) *Considér. sur l'infl. récipr. des org. gén. sur la voix.*
(2) *Dict. des sciences méd.*, art. VOIX.

TRAITEMENT DE L'APHONIE DUE A LA COLIQUE DE PLOMB.

C'est ici une indication qu'on peut regarder comme spéciale; aussi convient-il d'en dire quelques mots à part. Lorsque l'aphonie survient dans le cours de la colique de plomb, il est rare que la paralysie porte uniquement sur les muscles du larynx, et que l'on n'en observe pas les signes dans d'autres parties du corps. D'après cette considération, et si l'on se rappelle que le principe de la maladie est dû à une cause générale, c'est surtout à des moyens agissant de la même manière qu'on aura recours. Les deux principaux sont sans contredit la *strychnine* et les *bains sulfureux*. M. Tanquerel des Planches (1) cite deux observations dans lesquelles ces moyens, employés avec persévérance, ont fait disparaître complétement l'aphonie. J'indiquerai, dans une ordonnance, la manière de diriger le traitement.

Résumé ; ordonnances. Les détails dans lesquels je suis entré me dispensent de faire de longues réflexions sur le traitement de l'aphonie : je ferai seulement remarquer que les moyens thérapeutiques devront être employés avec persévérance, et qu'il ne faudra les remplacer par d'autres que lorsqu'on se sera bien assuré de leur insuccès.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'APHONIE SIMPLE.

1° Pour boisson, une tisane légèrement excitante.

2° Une saignée de 3 à 400 grammes, qu'on pourra renouveler à des époques plus ou moins éloignées, dans le cas où elle produirait quelque effet.

3° Un large vésicatoire ou un séton à la partie antérieure du cou.

4° Un purgatif composé de jalap et de calomel, selon la formule du docteur Watson (*voy.* p. 268).

5° Cautérisation avec le nitrate d'argent, suivant le procédé de M. Trousseau (*voy.* p. 130.)

Ces divers moyens ne devront être employés qu'à quelques jours d'intervalle, à moins qu'on ne veuille agir avec beaucoup de vigueur dans le traitement d'une aphonie récente.

IIe Ordonnance.

DANS LES MÊMES CIRCONSTANCES.

1° Infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° ℞ Tartre stibié....	0,05 à 0,10 gram.	Eau de laitue...........	120 gram.
Sirop d'ipécacuanha..	30 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à production de vomissements répétés.

3° Frictions sur le cou, avec l'huile de croton tiglium (voy. *Laryngite simple*, p. 124.)

Ou bien :

Sinapismes promenés sur le cou et la partie supérieure de la poitrine.

(1) *Traité des maladies de plomb;* Paris, 1839, t. II, p. 107 et suiv.

4° Mettre en usage l'électro-puncture, suivant les préceptes exposés plus haut (*voy.* p. 270).

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'APHONIE AYANT POUR CAUSE ÉVIDENTE UNE ÉMOTION MORALE.

1° Employer les médicaments précédents.

2° Administrer la potion antispasmodique d'Hoffmann (*voy.* p. 267).

3° Tâcher de ramener les règles, si elles sont supprimées. Dans le cas où l'on n'y parviendrait pas, suppléer à l'écoulement menstruel à l'aide d'applications plus ou moins répétées de sangsues.

4° Agir sur le moral, en proposant l'emploi de remèdes effrayants.

On sent que tous ces moyens, ainsi que ceux qui ont été mentionnés dans le cours de ce paragraphe, peuvent être groupés de beaucoup d'autres manières; mais c'est là un soin qu'il faut laisser au médecin.

IVe Ordonnance.

APHONIE SURVENUE A LA SUITE D'UNE COLIQUE DE PLOMB.

1° Faire usage de l'électricité et du galvanisme, qui ont procuré assez fréquemment la guérison de diverses paralysies saturnines.

2° Tous les jours, un bain sulfureux dans lequel le malade restera une heure.

3° S'il restait encore quelques traces de la colique saturnine, insister sur les purgatifs, et principalement sur l'huile de croton tiglium, médicament très efficace dans cette maladie, comme on le verra quand j'en tracerai l'histoire.

4° Dans les cas où cette ordonnance paraîtrait insuffisante, ou même tout d'abord, on pourrait remplacer l'électricité et le galvanisme par la strychnine administrée ainsi qu'il suit :

℞ Strychnine pure........ 5 centigr. | Conserve de roses rouges.... 1 gram.

Faites dix pilules.

A prendre une soir et matin, pendant les quatre ou cinq premiers jours; puis augmenter la dose, si l'effet du médicament n'est pas très marqué sur la myotilité, jusqu'à ce que le malade prenne cinq ou six pilules, dose qu'il n'est pas prudent de dépasser, à moins de circonstances particulières.

Je n'ai parlé, dans les ordonnances, ni de la saignée, ni du traitement de l'aphonie intermittente, les détails que j'ai donnés plus haut étant suffisants.

Tel est le traitement de l'aphonie; mais il ne faut pas se dissimuler que, dans des cas proportionnellement assez fréquents, tous ces moyens restent sans effet, et la maladie dure toute la vie avec les signes d'une bonne santé générale.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antiphlogistiques; antispasmodiques; révulsifs; vomitifs et purgatifs; caustiques et cathérétiques; quinquina; électricité; galvanisme; strychnine; moyens variés, suivant les diverses circonstances.

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA TRACHÉE.

La trachée, sous quelque rapport qu'on la considère, ne constitue point un organe indépendant. Elle n'a d'autre usage que de fournir à l'air un passage pour parvenir dans le poumon. Simple intermédiaire entre le larynx et les ramifications bronchiques où se produit l'hématose, elle n'est que le tronc de l'arbre aérien. Nous devons donc être peu surpris de ne pas trouver dans cet organe de maladies qui lui soient propres, ni qui l'affectent exclusivement. Chacun sait, en effet, que les affections de la trachée ne sont que l'extension ou le commencement des affections du larynx et des bronches. Il est au moins très rare qu'il en soit autrement. Ainsi la trachéite simple n'est ordinairement que le commencement de la bronchite aiguë ; la trachéite pseudo-membraneuse survient, dans presque tous les cas, à la suite de l'inflammation pseudo-membraneuse du larynx, et quant aux affections chroniques, on verra dans la suite de cet article que leur existence, comme maladies indépendantes de la trachée, a été fortement contestée, et que, même en l'admettant, on doit la regarder comme une exception.

Si, après toutes ces considérations, on remarque encore que le calibre considérable de la trachée expose cette partie des voies respiratoires bien moins que toutes les autres, à une obstruction capable de produire la suffocation et l'asphyxie, on comprendra comment les maladies de cet organe offrent si peu d'intérêt aux praticiens, et comment aussi les recherches sur ce point sont si rares et si peu instructives.

Dans cet état de choses, on pourrait presque passer sous silence, sans grand inconvénient, les maladies de la trachée. Mais il s'est élevé quelques questions sur lesquelles il importe de dire un mot, afin qu'il ne reste pas de doute dans l'esprit du lecteur. C'est pourquoi je vais très rapidement passer en revue ce que les auteurs nous ont laissé de plus intéressant sur ce sujet, me bornant, pour tout ce qui n'a pas une certaine utilité pratique, à une simple indication.

Les anciens ont fréquemment parlé des maladies et surtout des maladies chroniques de la trachée-artère ; mais on ne tarde pas, en examinant attentivement ce qu'ils ont dit, à s'assurer qu'ils ont ordinairement confondu entre elles les affections du larynx et de la trachée, ou du moins que, dans les cas dont ils nous ont donné l'histoire, le larynx présentait des lésions tout aussi considérables que celles de la trachée elle-même. Dans ces derniers temps, on a cherché à faire une maladie particulière de la phthisie trachéale, et M. Cayol (1) a surtout insisté pour faire admettre cette espèce particulière de phthisie. Lorsqu'il s'agira de cette affection, je rapporterai les discussions que la manière de voir de cet auteur a soulevées.

§ I. — Trachéite simple.

L'inflammation simple de la trachée est si rarement bornée à cet organe, que les auteurs ne se sont généralement pas arrêtés à en donner une description. Je me contenterai d'en dire quelques mots.

(1) *Rech. sur la phthisie trachéale*; Thèse, Paris, 1810.

Causes. Suivant M. Roche (1), « la seule circonstance peut-être qui puisse faire naître exclusivement cette affection, c'est l'impression d'un courant d'air froid sur la partie antérieure du cou, pendant que tout le corps est en sueur. » Je ne crois pas qu'on ait publié une seule observation qui mette ce fait hors de doute. Quant aux autres causes indiquées par cet auteur, je ne les mentionnerai pas, parce que les unes ne donnent pas directement lieu à la trachéite, qui n'est produite que par l'extension d'une autre maladie (*laryngite*, *bronchite*), et que les autres constituent elles-mêmes des maladies importantes, dont la trachéite n'est qu'une complication.

Symptômes. Les symptômes de l'inflammation de la trachée sont les suivants, comme on peut s'en assurer en examinant ce qui se passe dans la bronchite ordinaire, et en faisant la part des symptômes qui appartiennent à chaque partie de l'arbre bronchique :

1° Gêne, tension, picotements, douleur à la partie inférieure du cou et derrière la partie supérieure du sternum ; 2° toux plus ou moins intense, provoquée ordinairement par ces picotements : M. Roche a cité un exemple dans lequel il n'existait presque pas de toux ; 3° crachats d'abord nuls, puis transparents, filants, salés, peu abondants ; ensuite perlés, parfois légèrement noirâtres, et enfin jaunes, verdâtres, opaques ; 4° difficulté plus ou moins considérable de la respiration, avec oppression plus forte par moments. Tels sont les symptômes qu'on peut assigner à l'inflammation de la trachée. Quant au gonflement, à la chaleur de la partie antérieure du cou et aux symptômes fébriles dont parle M. Roche, je ne crois pas devoir les mentionner, parce qu'on n'a pas d'exemple qu'ils se soient montrés dans une inflammation bornée à la trachée.

L'auscultation peut faire entendre quelques sifflements vers la naissance des bronches, mais ordinairement aucun bruit particulier n'est perçu. Quant à la percussion, elle ne dénote rien d'anormal.

Marche et durée de la maladie. La marche de la trachéite simple est rapide ; sa durée est ordinairement de cinq ou six jours ; il n'existe pas un seul exemple de trachéite simple chronique.

Lésions anatomiques. Une quantité plus ou moins grande de mucus, la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la muqueuse, sont les lésions anatomiques déterminées par l'inflammation de la trachée.

Diagnostic. Le peu d'intensité de la maladie, les picotements bornés à la partie inférieure du cou, la gêne peu considérable de la respiration, et l'absence plus ou moins complète de bruits anormaux à l'auscultation, servent à faire distinguer la trachéite simple de la bronchite aiguë, seule maladie avec laquelle on pourrait la confondre.

Traitement. Le traitement de cette affection si légère est rarement réclamé par les malades. Il consiste, le plus souvent, en de simples boissons adoucissantes. On n'aurait recours à une application de sangsues que dans les cas où l'on craindrait l'extension de l'inflammation vers la poitrine, chez des sujets qui auraient déjà présenté quelques symptômes inquiétants du côté de cette cavité. Enfin on peut, dans quelques circonstances où il est absolument nécessaire de rétablir promptement l'intégrité des organes de la respiration, avoir recours aux légers narco-

(1) *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*, article TRACHÉITE, t. XV, p. 342.

tiques, aux fumigations, etc.; mais je n'entrerai point ici dans de longs détails à ce sujet, parce que ce traitement ne diffère en rien de celui de la bronchite simple aiguë, sur lequel je m'étendrai à l'occasion de cette dernière maladie.

§ II. — Trachéite pseudo-membraneuse.

Nous avons vu, dans l'histoire du croup, que quelques auteurs, et en particulier Jurine (*voy.* p. 323), avaient signalé des cas où l'inflammation pseudo-membraneuse envahissait d'abord la trachée; mais tous ont reconnu que la lésion ne tardait pas à s'étendre et à gagner, d'une part, le larynx, et de l'autre les bronches. Dans le premier cas, la maladie a toujours été considérée comme une *laryngite pseudo-membraneuse;* dans le second, elle constitue, comme on le verra plus tard, la *bronchite pseudo-membraneuse* ou *croup bronchique.* Ainsi la trachéite pseudo-membraneuse, en tant que maladie distincte, pourrait être négligée. On trouve néanmoins dans Baillou (1) l'indication de quatre cas de mort par suffocation, sans toux ni expectoration, et dans lesquels l'auteur nous dit que la trachée-artère était obstruée par une *substance pituiteuse, dense, étendue sous forme de membrane;* mais il est plus que probable que cette fausse membrane n'était pas bornée à la trachée, qui paraît avoir été seule examinée par Baillou.

Le docteur Matt. Baillie a décrit une affection qu'il désigne sous le nom de *polypus*, titre qui pourrait en imposer; mais une simple lecture suffit pour faire reconnaître tout d'abord qu'il ne s'agit, sous ce titre, que de fausses membranes tapissant la trachée.

Sans m'arrêter davantage à une affection si douteuse, je vais passer à la trachéite ulcéreuse, plus généralement connue sous le nom de *phthisie trachéale.*

§ III. — Trachéite ulcéreuse (*phthisie trachéale*).

Déjà Morgagni, Borsieri et plusieurs autres auteurs avaient parlé des ulcères de la trachée. Mais M. Cayol a le premier traité spécialement ce sujet. Cet auteur, dans sa thèse, rapporte six cas de phthisie trachéale, dont quatre lui appartiennent, et deux sont empruntés à Morgagni (Ep. XV, 15) et à M. Sauvée (2), mais dans trois desquels seulement il est question d'ulcères simples. Voici, d'après lui, et sans rien préjuger sur l'existence de cette affection considérée comme entièrement indépendante, l'histoire de la trachéite ulcéreuse :

Causes. Des trois sujets, deux étaient du sexe masculin; ils avaient de trente-neuf à cinquante ans. La femme seule était sujette à la dyspnée depuis son enfance; un des deux hommes était adonné aux boissons alcooliques. Chez un sujet, la maladie apparut après la disparition, dans l'espace d'un mois, d'un engorgement glanduleux du cou et de l'aisselle qui durait depuis huit mois. Chez la femme, le début eut lieu dans le cours d'une bronchite qui occasionnait beaucoup de dyspnée.

Voilà ce qui fut noté chez les sujets observés par M. Cayol. On a admis, en outre, comme cause d'ulcération de la trachée, une ou plusieurs infections vénériennes antécédentes, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, car nous aurons à y revenir lorsqu'il s'agira de décider s'il existe ou non une phthisie trachéale non syphilitique, indépendante de toute autre affection.

(1) *Opera medica, Epid. ephem.*, lib. II, p. 197 et 201.
(2) *De la phthisie laryngée*, thèse de Paris, an X, in-8.

Symptômes. Les symptômes observés furent les suivants : *douleur* constante ou passagère derrière la partie supérieure du sternum, avec un sentiment de *gêne* plus ou moins considérable. *Toux* constante, fréquente, quinteuse dans un cas, et allant toujours en augmentant depuis le début ; elle était ordinairement suivie, chez un sujet, d'*oppression* et de *dyspnée*. Les *crachats*, glaireux et filants d'abord, devenaient ensuite jaunes, épais, opaques ; ils étaient alors mêlés à une matière écumeuse et pituiteuse. La *dyspnée*, déjà notable dès le début, allait toujours en augmentant, excepté dans un cas où elle parut diminuer à la fin. Chez deux sujets il y avait des *accès de suffocation*. La *voix*, seulement enrouée dans deux cas, fut d'abord voilée, puis éteinte chez un sujet. La *percussion* ne faisait reconnaître aucun bruit anormal. En même temps que ces symptômes se manifestaient, la *fièvre* se déclarait, et acquérait, au bout d'un certain temps, une intensité considérable. Enfin survenait un *amaigrissement* marqué, et même le *marasme*, vers la fin de l'existence.

Marche et durée. La marche de cette affection était lente, mais continue ; sa durée varia de sept à seize mois.

Lésions anatomiques. A l'autopsie, M. Cayol trouva des ulcérations de 2 à 6 centimètres de long, plus ou moins profondes, et ayant plus particulièrement leur siége dans la seconde moitié de la trachée et à la bifurcation des bronches. M. Andral (1) cite un cas dans lequel la trachée-artère était criblée d'ulcérations ; mais il ne ressort pas de sa description qu'il n'y eût pas de tubercules dans les poumons.

Diagnostic. Le diagnostic de cette affection a été donné en détail à l'article *Laryngite ulcéreuse* ; il est donc inutile d'y revenir ici. Il suffit de rappeler que le siége de la douleur et la conservation plus ou moins complète du timbre de la voix sont les principaux signes distinctifs.

Mais ici s'élève une question trop importante pour être passée sous silence. Les *ulcères de la trachée peuvent-ils réellement être indépendants de toute autre affection, et en particulier de la phthisie pulmonaire et de la laryngite chronique?* Voilà le point sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord. MM. Trousseau et Belloc n'hésitent pas à répondre négativement. Pour eux il n'existe pas de phthisie trachéale proprement dite, et ils confondent cette maladie avec la phthisie laryngée. Suivant eux, l'examen du larynx, dans les observations rapportées par M. Cayol, n'a pas été fait d'une manière assez exacte pour qu'on puisse affirmer que cet organe était réellement sain. D'un autre côté, malgré le zèle avec lequel on a cultivé l'anatomie pathologique depuis que M. Cayol a publié sa thèse, on n'a point cité de cas bien authentique d'ulcères de la trachée sans phthisie pulmonaire. M. Louis, en particulier, n'en a pas rencontré un seul exemple, quoiqu'il ait fait un si grand nombre d'autopsies de toute espèce, tandis que les cas où les symptômes de cette dernière maladie se sont manifestés avant ceux de la trachéite ulcéreuse sont extrêmement multipliés. Si nous examinons, sous ce nouveau point de vue, les faits rapportés par M. Cayol, nous trouvons que des trois observations d'ulcérations propres à la trachée, une seule (la deuxième), ainsi que l'a fait remarquer M. Louis (2), fait mention des maladies vénériennes que le malade

(1) *Cliniq. méd.*, 3e édit. t. III, p. 179.
(2) *Examen de l'examen de M. Broussais, relativement à la phthisie*, etc.; Paris, 1834.

aurait pu contracter, et constate qu'il n'en a jamais été atteint. Or, comme nous l'avons vu plus haut, les ulcérations de la trachée ont été, ainsi que celles du larynx, placées parmi les symptômes secondaires de la syphilis. Cette lacune dans l'observation nous permet donc de penser que cette cause spéciale a pu exister, et il en résulte : 1° que l'existence de la phthisie trachéale, indépendante de la phthisie pulmonaire, doit être regardée comme une très rare exception, si même on ne la considère, jusqu'à nouvel ordre, comme fort douteuse ; 2° que dans les cas où l'on a trouvé des ulcères dans la trachée sans tubercules dans les poumons, on peut soupçonner l'existence d'une infection vénérienne. Il y a bien loin de cette manière de voir à celle de Laënnec, qui a avancé que les ulcères de la trachée se rencontrent quelquefois chez les phthisiques, mais qu'il est bien plus commun de les voir se développer chez des individus dont les poumons sont sains. L'erreur dans laquelle est tombé cet auteur, si justement célèbre, nous prouve combien une appréciation trop légère des faits est dangereuse dans les sciences.

Dans les cas d'ulcérations trachéales qui se sont présentés au docteur Matt. Baillie (1), il y avait en même temps une ulcération de l'œsophage, qui, selon toutes les apparences, s'était manifestée la première. M. Andral (*loc. cit.*, p. 180) cite deux cas semblables.

Traitement. Le traitement de la trachéite ulcéreuse ne diffère pas sensiblement de celui que l'on oppose à la laryngite ulcéreuse, à l'histoire de laquelle je renvoie le lecteur (*voy.* p. 225 et suiv.). Je dirai seulement que l'on doit compter davantage sur les *fumigations et sur les aspirations de poudres médicamenteuses*, que sur la cautérisation par l'ouverture supérieure du larynx, et qu'on doit appliquer les révulsifs plutôt à la partie supérieure de la poitrine qu'à la partie antérieure du cou.

§ IV. — Diverses affections chroniques de la trachée.

On a cité quelques cas de *cancer de la trachée.* M. Matt. Baillie (*loc. cit.*) en a rapporté un exemple sous le nom de *trachea scirrhus ;* mais cette affection rare, obscure, ne présentant pas de symptômes particuliers, et au-dessus des ressources de l'art, ne doit pas nous arrêter.

Quant à l'*ossification des anneaux de la trachée*, qui a été indiquée par le même auteur, elle ne constitue pas une maladie particulière ; elle est due aux progrès de l'ulcération.

Il a été publié (2) une observation intitulée *hydatides dans la trachée-artère ;* mais, d'après la description qu'en donne l'auteur, on est plutôt porté à penser qu'il s'agit simplement d'une pseudo-membrane croupale, que de véritables hydatides.

Enfin, dans le même journal (vol. XI, p. 269, 1815), on lit une autre observation qui a pour titre : *Cas de contraction spasmodique de la trachée.* Le sujet est une jeune fille de quinze ans qui succomba après huit jours d'une dyspnée toujours croissante. A l'autopsie, on trouva 4 centimètres de la partie moyenne de la trachée rétrécis, au point que le diamètre de cet organe était diminué des deux tiers. La contraction se dissipa graduellement après l'ouverture du corps ; elle

(1) *Morbid anatomy*, 5ᵉ édition ; London, 1818, p. 96.
(2) *The Edinburg med. and surgical Review*, 1811, t. VII, p. 490.

n'était plus sensible le lendemain. Ce fait est trop exceptionnel pour mériter autre chose qu'une simple mention.

Je n'en dirai pas davantage sur des affections si obscures et offrant si peu d'intérêt aux praticiens. Je n'ai eu, je le répète, d'autre but que de mettre le lecteur à même de reconnaître un cas exceptionnel tel que ceux qui viennent d'être cités, si par hasard il s'en présentait à son observation.

APPENDICE.

ASTHME THYMIQUE.

Quoique le siége de l'asthme thymique ne soit, suivant le plus grand nombre des médecins qui s'en sont occupés, ni dans le larynx, ni dans la trachée, je crois devoir le rapprocher des affections de ces organes pour plusieurs raisons : 1° s'il est vrai que l'asthme thymique est dû à une hypertrophie du thymus, c'est par une action directe ou indirecte sur les organes de la respiration que cette hypertrophie donne lieu aux symptômes caractéristiques de la maladie ; 2° plusieurs auteurs que je mentionnerai plus loin ne regardent pas l'hypertrophie du thymus comme la véritable cause des symptômes, qui sont produits, suivant eux, par un état pathologique du larynx et de la trachée ; 3° il importait de présenter l'histoire de l'asthme thymique à la suite des affections avec lesquelles il a le plus de rapport ; 4° enfin, ne pouvant me défendre, malgré les travaux des médecins allemands, de quelques doutes sur l'existence même de cet asthme thymique, et ayant, au contraire, établi par des raisons, selon moi convaincantes, que cette maladie n'est autre chose qu'un symptôme d'*éclampsie*, appelé par les Anglais *spasme de la glotte*, j'ai pensé que je ne saurais mieux faire que de présenter son histoire comme un *appendice* aux maladies du larynx et de la trachée, où je pourrai discuter les questions importantes qui s'y rattachent.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Cette maladie, qui a été principalement étudiée par les médecins allemands, a fait naître en France de nombreuses discussions. On s'est demandé si véritablement il existait une affection suffocante qui eût pour cause le développement anormal du thymus, ou si, dans les cas où, à l'autopsie des jeunes enfants enlevés dans un accès de suffocation, on a trouvé le thymus hypertrophié, il n'y avait pas une simple coïncidence entre le symptôme et la lésion à laquelle on le rapportait. C'est une question que je traiterai lorsque j'arriverai au diagnostic de cette maladie ; je me contenterai de dire ici que, dans les recueils de médecine, on trouve un nombre assez considérable d'observations dans lesquelles des symptômes qui ont quelque chose de particulier ont coïncidé avec un développement anormal du thymus, bien constaté après la mort, et qu'il est fort difficile, avec les renseignements fournis par les auteurs, de rapporter l'affection à une des maladies suffocantes bien connues du pathologiste. Il est sans doute fort extraordinaire qu'en France, où l'observation et l'anatomie pathologique sont exploitées avec tant d'ardeur, on n'ait pas trouvé un certain nombre de cas de ce genre ; mais, puisqu'il existe des faits que nous ne pouvons expliquer, dans l'état actuel de la science, qu'en admettant provisoirement l'existence de l'asthme thymique, il faut admettre aussi que des faits semblables

pourraient se présenter au praticien, et dès lors il importe de les lui faire connaître. Cependant, comme on ne peut s'empêcher, vu l'insuffisance des observations, de douter de l'existence même de la maladie, et surtout comme cette affection ne se présente que fort rarement, j'en tracerai très rapidement l'histoire. Ce qui me détermine encore à agir ainsi, c'est que, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, les traitements les plus variés ont été infructueux (1).

§ I. — Définition ; espèces ; synonymie ; fréquence.

D'après les observations que nous possédons, l'asthme thymique est caractérisé par de violents accès de suffocation et par l'hypertrophie du thymus, qui comprime les organes de la respiration et de la circulation suivant les uns ; qui, d'après quelques autres, n'a d'action que sur les nerfs, et qui enfin, selon plusieurs auteurs, n'est qu'une lésion d'une importance secondaire.

Félix Plater (2) avait déjà indiqué cette affection sous le nom de *suffocatio a struma interna abscondita circa jugulum*. Pierre Frank (3) en a fait, sous le nom d'*asthma ex obesitate thymi*, une courte description qui a été citée partout. C'est donc avec raison que M. Haugsted (4) a reproché au docteur Kopp, de Copenhague, d'avoir regardé l'asthme thymique comme une affection nouvelle.

Si l'on en croit M. Kopp (5) cette affection est *fréquente*. On sent qu'il est impossible de se prononcer sur ce point, car notre opinion est naturellement subordonnée à la plus ou moins grande exactitude du diagnostic établi par les auteurs. Toujours est-il qu'en France on n'en a pas cité d'exemples bien authentiques, ce qui prouve qu'elle y est au moins d'une excessive rareté.

§ II. — Causes.

On ne sait rien de précis sur les causes de l'hypertrophie du thymus. Caspari, Pagenstecher, cités par M. Haugsted, regardent les développements du thymus comme dus aux accès de suffocation, et dès lors cette hypertrophie serait une conséquence et non la cause de cette maladie.

Tout ce qu'il est permis de dire relativement aux causes, c'est que l'affection est particulière aux enfants très jeunes ; qu'on l'a trouvée très rarement après l'âge de quatre ans ; que son maximum de fréquence a lieu dans les premiers mois de l'existence.

Le docteur Schallgruber (6) avance que l'asthme thymique est plus fréquent chez les individus du sexe féminin que chez ceux du sexe masculin ; mais cette opinion n'est pas fondée sur les faits, et dans le mémoire de M. Kopp (7) les observations ont, au contraire, été toutes prises chez des garçons. Suivant M. Haugsted, l'affec-

(1) On verra à l'article *Diagnostic*, que je regarde l'asthme thymique comme une maladie identique au *spasme de la glotte* des Anglais, et comme le spasme de la glotte n'est, ainsi que je le montrerai plus tard, qu'une forme de l'*éclampsie*, il s'ensuit que l'asthme thymique n'est en réalité qu'une névrose. Cette manière de voir a été, comme je l'ai dit ailleurs, acceptée par MM. Trousseau et Hérard, et est aujourd'hui généralement adoptée.

(2) *Observ.*; Basil., 1641, lib. I, p. 184.

(3) *Traité de médecine pratique*; Paris, 1842, t. II, p. 213.

(4) *Thym. in homin.*, etc.; Copenhague, 1832 (voy. *Arch. gén. de méd.*, 1833, t. III, p. 102).

(5) *Denkwürdigkeiten in der Ärtzlichen Praxis*; Francfort-sur-le-Mein, 1830.

(6) *Ueber das Erdrücken*, etc. (*A. Henke's Zeitschrift*, etc., t. I, 1821).

(7) Voy. *Gaz. méd.*, janvier 1836.

tion serait de nature scrofuleuse ; mais on verra dans la description des lésions anatomiques, que la glande hypertrophiée ne présente ordinairement rien qu'on puisse rapporter aux scrofules.

§ III. — Symptômes.

MM. Kopp (*loc. cit.*), Hirsch, de Kœnigsberg (1), et le professeur Brera (2), sont les auteurs qui ont donné la description la plus détaillée des symptômes attribués à cette maladie : c'est aussi d'après ces trois auteurs que je vais en présenter le tableau.

Les symptômes se manifestent tout à coup et toujours *sous forme d'accès.* Les causes principales de ces accès sont les cris, l'impatience, les grands mouvements, les efforts de toute espèce ; quelquefois néanmoins ils se manifestent en l'absence de ces causes déterminantes, et alors l'enfant passe tout à coup du plus grand calme à l'agitation la plus grande. L'accès étant déclaré, on voit survenir une série de symptômes que M. Brera a distingués en symptômes *pathognomoniques* et en symptômes *accessoires.*

Parmi les premiers, nous trouvons une *gêne très grande de la respiration*, qui est entrecoupée, l'inspiration étant incomplète. Parfois même, comme dans un cas cité par le docteur Hood (3), la respiration reste un instant suspendue, et à ce calme succède une inspiration brusque et incomplète. Le docteur Kopp a également signalé ce symptôme. Cette inspiration incomplète donne lieu à un *cri aigu* comparé par les auteurs à celui de la coqueluche, mais cependant un peu moins fort. La respiration, ainsi entrecoupée et saccadée, conserve ces caractères pendant un espace de temps assez court ; au bout de cinq ou six inspirations sifflantes, l'accès est terminé, et il ne reste plus, d'après le docteur Kopp, qu'un peu de morosité et de malaise qui ne tarde pas à se dissiper.

Dans les cas les plus intenses, l'accès peut durer jusqu'à deux et trois minutes, et, suivant Fingerhuth, jusqu'à huit et dix minutes. Mais cette assertion est repoussée par M. Kyll (4), qui ne pense pas que la suspension de la respiration puisse se prolonger aussi longtemps.

Tels sont les signes indiqués par les auteurs ; ils n'ont parlé ni de la toux ni de l'état de la voix, et cependant je trouve dans plusieurs observations (5) que les enfants étaient sujets à une *toux habituelle*, quoique légère.

Les symptômes regardés comme accessoires par les médecins que je viens de citer, sont : des *convulsions* pendant lesquelles les mains sont fermées, les pouces fortement fléchis, la tête renversée en arrière, et les muscles postérieurs du tronc fortement contractés ; la *lividité de la face* suivie de pâleur, la *dilatation des ailes du nez*, la *fixité des yeux*, le *froid des extrémités*, les *excrétions involontaires.* Les docteurs Kopp et Brera ont indiqué comme des symptômes très importants les *angoisses*, les *spasmes* de la poitrine, la *faiblesse des battements du cœur*, et surtout la *sortie permanente de la langue*, que les enfants tiennent toujours entre

(1) *Journ. de Hufeland et Osan.*, juillet 1835.
(2) *Annali univ. di med.*; Omodei.
(3) *Case of diseas. thym.* (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XLIII, p. 289, 1835).
(4) *Mém. sur le spasme de la glotte* (*Arch. de méd.*, 1837, 2e série, t. XV, p. 88).
(5) *Cas de mort par augm. du thym.* (*Rust Magazine*, vol. XXI, p. 554 ; *The Lancet*, vol. II, 1839-40, etc., etc.)

les dents ou entre les gencives. Mais d'autres auteurs affirment que ces signes manquent souvent. Suivant Caspari, la *contraction des muscles lombricaux* des mains et des *adducteurs des pouces* est toujours remarquable.

On voit que ces observateurs n'ont nullement fait mention de l'auscultation et de la percussion de la poitrine, ni de l'état du cou, qui néanmoins méritaient de fixer leur attention, dans les cas où les poumons se trouvaient refoulés par un thymus volumineux. Fingerhuth est le seul qui ait dit un mot des deux moyens d'exploration de la poitrine, mais il n'a point donné à ce sujet des détails suffisants. Pendant les accès, le *pouls* est faible, serré, rapide; dans l'intervalle, il reprend sa fréquence normale.

Tels sont les symptômes attribués à cette affection. Il est inutile de faire remarquer combien ils sont vagues et insuffisants; tout se réduit, en effet, à quelques signes de suffocation, accompagnés de symptômes nerveux qu'on peut bien plus facilement rapporter à un accès d'éclampsie qu'à une simple compression des organes respiratoires ou circulatoires. Cela est si vrai, que le docteur Kyll (*loc. cit.*) n'a pas cru devoir séparer l'asthme thymique du spasme de la glotte, qui, d'après lui et plusieurs auteurs anglais, serait dû, tantôt à une lésion des membranes cérébrales, tantôt à une inflammation de la portion cervicale de la moelle, tantôt à l'altération des ganglions lymphatiques du cou, et tantôt enfin à l'hypertrophie du thymus. On peut voir à ce sujet les réflexions que j'ai faites à l'article *Pseudo-croup.*

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

On a vu que la maladie était essentiellement caractérisée par des accès; elle est donc *intermittente*, mais cette intermittence est très variable. Ainsi, dans les premiers temps, on n'observe qu'un accès tous les huit ou dix jours, tandis que vers la fin de la maladie on peut en compter jusqu'à vingt en vingt-quatre heures.

La *durée* de cette affection peut, suivant M. Hirsch, être de trois semaines à vingt mois; dans ce dernier cas, on observe quelquefois des intervalles de plusieurs semaines entre les accès.

Quant à la *terminaison*, elle est ordinairement funeste; cependant on a cité quelques cas rares de guérison, et alors les accès se sont éloignés peu à peu, pour disparaître enfin complétement. Dans un cas rapporté par Rullmann, la guérison n'a été complète qu'au bout de deux ans.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion la plus remarquable est sans contredit l'augmentation de volume du thymus. Pour comprendre jusqu'à quel point cette hypertrophie peut être portée, il faut se rappeler que chez les enfants nés à terme, le poids de cet organe est, d'après M. Krause (1), de 9 à 10 grammes, et que chez les enfants qui ont succombé à l'asthme thymique, on l'a trouvé de 55 grammes (Kornmaul), de 32 (Kopp), de 35 (Hirsch), de 16 (Plater). On l'a vu, large de 5 à 6 centimètres, s'étendre depuis la glande thyroïde jusqu'au diaphragme, recouvrir le

(1) *Lond. med. Gaz.*, 1836-37, vol. XX, p. 672.

cœur, refouler les poumons, et quelquefois envoyer des prolongements en forme de vrilles, qui contournaient les vaisseaux.

Lorsque l'hypertrophie est simple, l'organe conserve sa structure; il est mou dans toute son étendue, et laisse écouler un liquide laiteux comme à l'état sain. Dans certains cas, on a trouvé le thymus tuberculeux, squirrheux, lardacé, etc. M. Hirsch ne veut pas que ces dégénérescences soient considérées comme des lésions propres à l'asthme thymique. Toutefois, si ces lésions donnaient lieu aux mêmes symptômes, on ne voit pas pour quel motif on pourrait les exclure. La flaccidité du cœur et la persistance du trou de Botal ont été aussi mentionnées, mais seulement dans quelques cas.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. La question dominante est, comme je l'ai déjà indiqué, de savoir *si réellement l'affection dont il s'agit doit entrer dans le cadre nosologique.* Plusieurs motifs doivent inspirer des doutes sérieux à ce sujet: le premier, c'est que les signes attribués à l'asthme thymique sont parfaitement semblables à ceux qu'on a notés dans les cas d'éclampsie avec suffocation; or nous avons vu que dans ces cas, cités par les auteurs anglais sous le nom de *spasme de la glotte*, l'hypertrophie du thymus n'existait pas ordinairement. Le second, c'est que les recherches les plus exactes d'anatomie pathologique ne nous ont fait découvrir aucune liaison entre l'hypertrophie du thymus et la suffocation; et le troisième, c'est que, dans quelques cas, une hypertrophie notable du thymus a pu exister sans aucun des symptômes que lui attribuent MM. Kopp et Hirsch. M. Haugsted (*loc. cit.*) en a rapporté un exemple des plus remarquables; il a vu le thymus s'élever, chez une fille de sept ans, jusqu'au poids énorme de 150 grammes, sans avoir produit aucun symptôme de l'asthme thymique. D'un autre côté, M. Roesch de Schwenning (1) a fait remarquer que les symptômes d'asphyxie de l'asthme prétendu thymique diffèrent notablement de l'asphyxie causée par la compression de la trachée.

Diagnostic. On distingue l'asthme thymique de la *coqueluche* par l'absence de prodromes, de la toux habituelle, des vomissements, de l'expuition d'une matière filante qui met fin aux accès, et par la suppression complète de la respiration.

Il diffère essentiellement du *croup* par l'état de la voix, qui n'est point éteinte.

Si des cas qu'on pourrait rapporter à l'asthme thymique se présentaient à l'observation, on devrait examiner avec soin l'état de la poitrine.

Il est inutile de présenter un tableau synoptique d'un diagnostic encore si obscur.

Pronostic. L'affection est presque toujours mortelle. Lorsque les accès se rapprochent beaucoup, la mort est imminente.

§ VII. — Traitement.

Je ne saurais m'étendre sur le traitement d'un état pathologique dont l'existence, comme maladie particulière, est plus que douteuse, et que j'ai décrit avec quelques détails, uniquement dans le but d'attirer l'attention des observateurs sur lui.

(1) Voy. *Gaz. médicale de Paris*, 1836, p. 504.

Je me bornerai donc à indiquer les principaux moyens proposés par les auteurs.

La *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées* ont été presque toujours mises en usage. Viennent ensuite les *antispasmodiques*, tels que l'*eau de laurier-cerise*, le *musc*, le *cyanure de zinc*.

Les *vésicatoires*, les *frictions mercurielles* ont été aussi fréquemment employés.

MM. Graf (1) et Hirsch ont conseillé de *sevrer* l'enfant et de le mettre à la diète la plus rigoureuse. Enfin on a eu recours aux *mercuriaux*, à l'*iode*, aux *préparations d'or*, au *charbon animal*, à l'*extrait de ciguë*, etc., etc.

M. Allan Burns (2) a été jusqu'à proposer l'extirpation de la glande malade! Quand même cette opération serait possible, comment l'entreprendre lorsque le diagnostic est nécessairement incertain, qu'on a tant de motifs de croire que l'augmentation de volume du thymus n'est pas la principale cause des symptômes, et qu'on ne sait pas même si cet organe est réellement hypertrophié?

CHAPITRE IV.

MALADIES DES BRONCHES.

J'arrive à des affections étudiées avec bien plus de soin et de succès que celles qui ont été décrites jusqu'à présent. Ici nous allons recueillir les fruits de l'admirable découverte de Laënnec et profiter des travaux précieux qui ont été entrepris dans ces dernières années. J'aurai, par conséquent, moins de questions obscures à discuter, moins d'explications à présenter, et je pourrai tracer d'une manière plus rapide l'histoire de chaque maladie.

Les bronches sont sujettes à des affections fréquentes, et dont quelques unes sont très graves. En contact direct avec l'air extérieur, elles subissent, plus que toutes les autres parties de l'appareil respiratoire contenues dans la poitrine, l'influence des variations atmosphériques. L'hématose, ayant lieu dans leurs dernières divisions, se trouve plus ou moins troublée lorsqu'elles sont gravement affectées. Les maladies dont elles sont le siége ont une tendance assez grande à se perpétuer, si on les néglige; enfin les phlegmasies si fréquentes dont elles sont atteintes prédisposent à des inflammations plus profondes. Que de motifs pour étudier avec le plus grand soin toutes leurs affections!

Je suivrai, dans ce chapitre, le même ordre que dans le premier, et je décrirai successivement : 1° l'*hémoptysie;* 2° la *bronchite aiguë simple*, qui comprend la *bronchite capillaire générale*, ou suffocante; 3° la *bronchite chronique simple;* 4° la *bronchite pseudo-membraneuse;* 5° la *dilatation* et le *rétrécissement des bronches;* et 6° l'*emphysème pulmonaire*.

Je ne parlerai point ici de la *bronchite ulcéreuse*, parce que c'est une affection qui n'est connue qu'à l'état de complication. Quant à l'emphysème pulmonaire, je l'ai classé dans les affections des bronches, parce que, bien que le tissu inter-

(1) *Ueber Asth. thym.*

(2) *Observ. on the surg. anat. of the head and neck.;* Edinb., 1811.

vésiculaire présente souvent une altération marquée, qu'il soit épaissi, déchiré, et que l'air ait pu se répandre jusque sous la plèvre, c'est par les extrémités des bronches, par les vésicules, que la maladie commence évidemment.

Ce sont là, au reste, des questions d'un intérêt secondaire pour le praticien, et c'est pourquoi je me hâte de passer aux descriptions des maladies que je viens d'énumérer.

ARTICLE I.

HÉMOPTYSIE.

Dans la très grande majorité des cas, l'hémoptysie n'est qu'un symptôme d'une maladie plus ou moins grave. Si donc je ne m'étais réservé le droit de modifier, à l'occasion, les règles que je me suis tracées, je n'aurais à parler dans cet article que des cas rares où l'hémorrhagie bronchique constitue toute la maladie, est *essentielle*, pour me servir de l'expression consacrée. Mais quelques réflexions feront voir combien serait vicieuse cette manière d'envisager l'affection dont il s'agit. 1° L'hémoptysie symptomatique peut être tellement abondante, qu'elle compromette la vie et nécessite de prompts secours; 2° alors même qu'elle ne menace pas les jours par son abondance, elle peut inquiéter par sa persistance et ses retours fréquents; 3° elle constitue un accident presque toujours effrayant pour le malade, qui se hâte de réclamer les secours de la médecine. Il suit de tout cela que le plus souvent l'hémoptysie, quoique simple symptôme, demande à être traitée comme une maladie réelle; et cela est si vrai, qu'il n'est pas rare de voir mettre en usage, pour l'arrêter, des moyens qu'on peut regarder comme contraires à la maladie dont elle est un symptôme.

Ainsi donc, pour le praticien, l'hémoptysie, quelle que soit sa cause, est presque toujours un accident qu'il faut promptement reconnaître, apprécier et combattre. On conçoit dès lors combien il nous importe d'étudier avec le plus grand soin les diverses espèces d'hémoptysie, dans un seul article où elles puissent être facilement comparées. La nécessité d'agir ainsi a été sentie par tous les auteurs, car dans tous les traités de pathologie un article important est consacré à l'hémoptysie.

Cette hémorrhagie a été étudiée dès la plus haute antiquité. Il serait inutile de citer les noms de tous les médecins qui s'en sont occupés, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. J'emprunterai, dans le cours de cet article, un grand nombre de documents aux auteurs, tant anciens que modernes, qui nous apprennent quelque chose d'utile sur son histoire, et en particulier sur son diagnostic et son traitement.

L'hémoptysie a été divisée en un plus ou moins grand nombre d'espèces, suivant le point de vue où les divers auteurs se sont placés. Et d'abord, comme dans toutes les hémorrhagies, on a distingué l'hémoptysie *active* de l'hémoptysie *passive*. J'avoue que dans les observations je n'ai pas trouvé de raisons suffisantes pour admettre cette division, car j'ai noté les signes précurseurs ou concomitants regardés comme appartenant à l'hémoptysie active dans les cas les plus variés : dans les hémoptysies essentielles, comme dans celles qui tenaient à une lésion des poumons et du cœur; dans celles qui remplaçaient un flux sanguin,

comme dans toutes les autres. Je crois donc devoir imiter MM. Chomel et Reynaud (1), qui ne se sont pas arrêtés à ces signes équivoques.

On a admis une hémoptysie *essentielle* et une hémoptysie *symptomatique*. La première n'est liée à aucune lésion anatomique appréciable ; elle est rare, mais des faits authentiques démontrent son existence. Cette hémoptysie *essentielle* comprend le crachement de sang *supplémentaire* d'un autre flux sanguin, et celui qui survient quelquefois dans les ascensions sur les hautes montagnes. La seconde espèce est la plus fréquente ; elle est due à la présence des tubercules dans le poumon, à une affection du cœur, à la rupture d'un anévrisme. Nous y reviendrons en étudiant les causes.

Il n'est certainement pas inutile pour le praticien de connaître ces divisions, car chaque espèce d'hémoptysie peut avoir, dans certains cas, une gravité particulière, et exiger des moyens appropriés. Mais, en général, on a peu d'occasions, dans la pratique, d'avoir égard à ces distinctions, parce que l'abondance et la violence de l'hémorrhagie dirigent presque toujours seules le traitement. Aussi n'en ferai-je mention que tout autant qu'elles auront un véritable intérêt.

Plusieurs autres divisions ont été proposées. Sauvages, dans sa classe IX (2), compte dix-sept espèces d'hémoptysie, fondées tantôt sur les circonstances dans lesquelles la perte de sang est apparue, tantôt sur sa marche, tantôt sur la maladie qu'elle complique. Ainsi on y voit l'hémoptysie *accidentelle*, *habituelle*, *scorbutique*, *varioleuse*, *phthisique*, *tuberculeuse*, etc., etc. Stoll (3) a tracé une division un peu différente, mais non mieux fondée, dans laquelle on remarque l'hémoptysie *inflammatoire*, *pituiteuse*, et surtout l'hémoptysie *bilieuse*, dont on a tant parlé. Enfin, pour montrer jusqu'à quel point on a poussé les divisions, je vais indiquer celle de Joseph Frank, qui est une des plus complètes. Cet auteur, divisant l'hémoptysie, à laquelle il donne le nom de *pneumonorrhagie*, en symptomatique et primitive, range sous le premier chef la pneumonorrhagie des maladies aiguës : fièvres intermittentes, catarrhales, peste, variole, pneumonie, cardite, et celles des maladies chroniques : phthisie, hydrothorax, ascite, coqueluche, et différentes affections du cœur et des gros vaisseaux. Puis, dans sa seconde catégorie, il fait entrer les pneumonorrhagies *traumatiques*, *inflammatoires*, *rhumatismales*, *gastriques*, *spasmodiques*, *arthritiques*, *scorbutiques* et *atoniques* (4). Cette division est un vrai chaos où les circonstances les moins importantes servent de prétexte pour établir des espèces particulières. La saine pratique n'a rien à gagner à ces distinctions subtiles ou sans fondement ; on doit donc les rejeter, et de toutes les espèces de pneumonorrhagie primitive, ne conserver que la traumatique.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

L'hémoptysie est, suivant l'étymologie de ce mot, *tout crachement de sang*. Cependant on s'est demandé s'il convenait de comprendre sous cette dénomina-

(1) *Dict. de méd.*, t. XV, art. HÉMOPTYSIE.

(2) *Nosolog. methodica, Fluxus ;* ordo I, *Sanguifluxus*.

(3) *Rat. med.*, pars III, p. 10 et suiv.; Paris, 1787.

(4) Il est surprenant que J. Frank n'ait pas consacré un paragraphe particulier à l'hémoptysie bilieuse de Stoll, dont il sera fait mention plus loin.

tion les crachats légèrement sanguinolents de la pneumonie et de quelques autres maladies. Sans entrer dans une discussion oiseuse pour nous, et ne considérant la question que sous le point de vue de l'utilité pratique, disons que nous ne traiterons dans cet article que de l'hémoptysie, qui a par elle-même une certaine gravité, et que par conséquent nous en exclurons tout crachement sanguinolent qui n'est absolument qu'un symptôme.

Cette hémorrhagie a été décrite par plusieurs auteurs sous les noms d'*hemoptoe*, *hémorrhagie du poumon*, *crachement*, *vomissement de sang*, *pneumonorrhagie*, *pneumorrhagie*, *pneumo-hémorrhagie*, etc. Mais toutes ces dénominations ne sont pas synonymes d'hémoptysie, puisque celle-ci comprend les crachements de sang qui ont leur source dans le larynx, la trachée et les poumons. Pour mettre un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie, on a proposé de conserver le nom d'hémoptysie au crachement de sang en général, et de décrire sous ceux de *laryngorrhagie*, *trachéorrhagie*, *pneumorrhagie*, les hémorrhagies provenant des divers points des voies respiratoires. Je me borne à indiquer cette division, comme la plus rigoureuse et la plus logique; mais je ne la suivrai pas, parce que les hémorrhagies du larynx et de la trachée sont si rares, qu'elles ne méritent réellement pas une description particulière.

Après l'épistaxis, l'hémoptysie est la plus *fréquente* de toutes les hémorrhagies. On le conçoit facilement, lorsqu'on songe qu'elle est un symptôme très ordinaire d'une des plus fréquentes maladies : la phthisie pulmonaire.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. Tout le monde sait que l'hémoptysie appartient presque en propre à la jeunesse. Les enfants n'en sont presque jamais atteints; elle est un peu plus fréquente chez les vieillards. C'est de quinze à trente-cinq ans qu'elle se montre le plus souvent; elle a son maximum de fréquence de vingt à trente ans; ce que l'on devait prévoir d'avance, puisque cette époque de la vie est aussi celle où se montre le plus souvent la phthisie pulmonaire. M. le docteur Walshe (1) a constaté que la fréquence de l'hémoptysie devient de plus en plus grande à mesure que l'âge s'élève.

Sexe. On n'a point recherché avec soin quel est le *sexe* le plus exposé à cette hémorrhagie considérée d'une manière générale. On est néanmoins porté à admettre, contrairement à l'opinion de J. Frank, que c'est le sexe féminin, puisque les femmes sont plus sujettes à la phthisie que les hommes, et que la suppression des règles peut donner lieu à l'hémoptysie. Relativement à l'hémoptysie des phthisiques en particulier, il ne peut y avoir aucun doute à cet égard; car M. Louis (2) a constaté la plus grande fréquence de cette hémorrhagie chez les femmes, dans la proportion de 3 à 2. Je dois dire toutefois que dans les cas observés par M. Walshe, l'hémoptysie, quoique un peu plus fréquente chez les femmes, l'a été dans une proportion si minime, qu'on peut croire que c'est un simple effet du hasard.

La *constitution*, regardée depuis très longtemps comme prédisposant à l'hémo-

(1) *Rapp. sur la phthis. pulm. obs. à l'hôp. pour les phth., à Brompton*; Londres, 1848.
(2) *Rech. anat.-path. sur la phthisie*, 2e édition; Paris, 1843, p. 201.

ptysie, est une constitution délicate, caractérisée par la pâleur de la face, avec un peu de coloration aux pommettes; l'étroitesse de la poitrine; la longueur du cou, etc. Qui ne voit que ce sont là les caractères constitutionnels attribués par les auteurs aux phthisiques eux-mêmes? Ainsi on a donné au symptôme la cause prédisposante de la maladie. On a agi de même à l'égard des chlorotiques et des scorbutiques. Les sujets ayant un tempérament sanguin, pléthorique, la peau fine et colorée, le pouls large et élevé, ont paru, plus que les autres, exposés à l'hémoptysie essentielle.

L'*hérédité* de cette hémorrhagie a été dès longtemps signalée, mais c'est encore dans la maladie qui la produit principalement, la phthisie, qu'il faut voir cette hérédité.

Soit en l'absence d'une des causes prédisposantes précédentes, soit concurremment avec elles, l'usage habituel des *boissons alcooliques*, un régime *substantiel* et *excitant*, peuvent, suivant quelques auteurs, placer les sujets dans des conditions favorables à la production de la bronchorrhagie. Fernel (1) insiste sur ces causes.

L'action de *chanter*, de *déclamer*, de *parler à haute voix*, de *crier*, lorsqu'elle est très fréquemment renouvelée, a aussi été regardée comme une cause prédisposante de l'hémoptysie; mais le fait est loin d'être démontré, et l'on peut croire que ces causes ont presque toujours, si ce n'est toujours, agi comme simples causes déterminantes.

La *suppression des flux sanguins*, l'*omission d'une saignée habituelle*, peuvent être rangées parmi les causes prédisposantes aussi bien que parmi les causes occasionnelles. Les auteurs ont cité un bon nombre de cas dans lesquels ces causes ont agi d'une manière évidente. Relativement à l'omission de la saignée, F. Hoffmann (2) rapporte une observation fort remarquable, où l'on voit une première omission être suivie de l'apparition d'hémorrhoïdes fluantes, et une seconde d'une abondante hémoptysie. Quant à la *suppression des menstrues*, c'est la cause la plus fréquente de l'hémotypsie supplémentaire. On pense généralement que les individus qui ont eu dans leur enfance de fréquentes épistaxis, sont dans leur jeunesse sujets à l'hémoptysie; mais des recherches exactes manquent sur ce point, comme sur tant d'autres.

On voit quelquefois survenir l'hémorrhagie pulmonaire dans les *affections organiques du cœur*. On a aussi observé plusieurs fois la terminaison des *anévrismes de l'aorte* par des hémoptysies ordinairement foudroyantes. Quant au crachement de sang des maladies aiguës et surtout de la *pneumonie*, crachement de sang que les anciens nommaient plus particulièrement *inflammatoire*, il ne doit pas nous occuper ici, pas plus que celui qui accompagne parfois l'*apoplexie pulmonaire*, et qui sera étudié avec soin à l'occasion de cette maladie.

L'hémoptysie peut se présenter dans toutes les *saisons* de l'année; cependant c'est au printemps, au commencement des chaleurs, que les auteurs en ont observé le plus grand nombre de cas. M. Walshe (*loc. cit.*) a noté que les saisons ne paraissent pas avoir d'influence sur les productions de la première hémoptysie.

Une réflexion générale s'applique à tout ce qui a été dit dans ce paragraphe : il n'est presque aucune des assertions précédentes, empruntées aux auteurs les plus

(1) *Univ. med. pathol.*, lib. V, cap. XI, p. 460; Colon. Allobr., 1679.
(2) *Op. omn.*, *De flux. sang. ex pulm.*, obs. VIII.

accrédités, qui s'appuie sur des recherches exactes et qui ait une précision réelle. Aussi dois-je saisir cette occasion de recommander aux observateurs ce sujet important. L'étiologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement et la prophylaxie de l'hémoptysie y sont grandement intéressés, et l'on sait ce que la médecine gagnerait à une étude rigoureuse de cette grave hémorrhagie.

Que dire maintenant de tant d'autres causes prédisposantes qu'on s'est borné à signaler sans fournir les preuves ? Comment admettre l'influence de la *vie sédentaire*, du *passage* subit d'une vie active à un repos absolu, du *vice rachitique*, etc., sans une étude approfondie de toutes les autres causes qui ont pu agir chez les sujets soumis à ces diverses influences ? J'en dis autant de la *pression habituelle* exercée sur le ventre, et même de la gêne apportée dans la respiration par une *hydropisie ascite*, bien que Stoll en ait cité des exemples remarquables (1), car pour ceux qui lisent attentivement les observations, la non-existence d'une maladie du cœur, cause de l'hydropisie et du crachement de sang, sera bien loin d'être démontrée.

2° Causes occasionnelles.

Bien que l'histoire des causes occasionnelles de l'hémoptysie laisse encore beaucoup à désirer, il est certain qu'elle est mieux connue que celle des causes prédisposantes. On a noté avec plus de facilité et plus de soin des circonstances simples, remarquables, qui donnaient lieu à une hémorrhagie toujours inquiétante et parfois redoutable.

Il arrive assez souvent que, chez des individus prédisposés et ayant éprouvé des hémoptysies plus ou moins fréquentes, cette hémorrhagie se reproduit sans qu'on puisse en reconnaître la cause ; mais parfois aussi, chez ces individus, comme chez ceux qui n'ont pas éprouvé encore d'hémoptysie, quelque circonstance particulière se rattache à l'apparition du crachement de sang. Et d'abord on a noté les grands *efforts de la voix :* les chants, les cris, les lectures à haute voix longtemps prolongées, etc.

Ludwig (2) a vu un *exercice immodéré*, l'*action de sauter*, etc., produire cette hémorrhagie. Stahl (3) regarde comme une cause puissante l'*action de retenir son haleine* lorsqu'on soulève un fardeau ou qu'on fait quelque autre effort de ce genre. M. Louis a observé des cas (*loc. cit.*, p. 204) où un *redoublement de la toux* fut le signal du crachement de sang. Mais le redoublement de la toux était-il cause ou effet ?

On peut dire d'une manière générale que tout acte qui rend la circulation plus rapide, et surtout qui tend à faire naître une congestion vers le poumon, est une cause déterminante de l'hémoptysie ; c'est ainsi qu'on l'a vue se produire dans l'*acte du coït*, pendant une *course rapide*, pendant le jeu d'un *instrument à vent*, etc.

Les *émotions violentes* ont suffi souvent pour provoquer l'apparition ou le retour de la bronchorrhagie. Polisius en cite un exemple très remarquable (4). Une jeune

(1) *Ratio med.*, *De hæm. hydrop.*, pars. III, pag. 10 ; Parisiis, 1787.
(2) *Adversar. med. pract.*; Lips., 1769, t. I, p. 145.
(3) *Theor. med.; path.*, part. II. sect. 1, *De hæmoptys.*; Halæ, 1737.
(4) *Miscell. nat. curios.*, dec. II, an. IV, obs. XLV.

fille qui n'avait encore donné aucun signe de maladie pulmonaire, voyant son père pris tout à coup d'une hémoptysie violente, éprouva une telle frayeur, que le soir même elle eut elle-même une hémoptysie qui se renouvela fréquemment. Au bout d'un certain temps, le père et la fille moururent phthisiques. Nous trouvons dans ce fait une cause occasionnelle et une cause prédisposante : l'émotion morale et l'hérédité.

Il faut noter aussi des causes dont l'action est plus directe : l'*inspiration de vapeurs irritantes*, comme l'acide sulfureux; les *coups violents* sur la poitrine; l'introduction de *corps étrangers* dans les bronches. Quant aux *plaies* de la poitrine, il est vrai qu'elles peuvent donner lieu à l'hémoptysie ; mais l'hémorrhagie bronchique n'est point, dans ces cas, ce qui attire principalement l'attention du médecin.

Je ne signalerai pas d'autres causes, quoique le nombre de celles que plusieurs auteurs ont indiquées soit encore grand. Comment admettre, en effet, que la *suppression de la sueur des pieds*, une espèce d'*embarras gastrique* (Stoll), la présence des *vers* dans le tube intestinal, la *contagion*, donnent lieu à l'hémoptysie, lorsqu'on ne cite que quelques cas isolés où l'on peut très bien ne voir qu'une simple coïncidence ? Parce qu'un jurisconsulte avait une hémoptysie toutes les fois qu'il mangeait du *miel*, J. Frank place l'usage du miel au nombre des causes excitantes de cette hémorrhagie ! Voilà donc l'effet bizarre d'une idiosyncrasie des plus extraordinaires établi en règle générale. Hartz (1) croit à une *irritabilité particulière* et à un *état spasmodique* des *vaisseaux* des poumons. On a aussi indiqué comme des hémoptysies des crachements de sang résultant de l'introduction d'une sangsue dans l'isthme du gosier. C'est, en particulier, ce qu'on voit dans un travail de M. Trolliet (2). Mais c'est à tort, car il s'agit dans ces cas d'une hémorrhagie du pharynx ou de l'œsophage, et non d'une véritable hémoptysie.

Je ne multiplierai pas ces citations, et je terminerai en faisant de nouveau des vœux pour qu'un observateur habile et consciencieux porte ses investigations sur l'étiologie de l'hémoptysie, sujet bien digne d'attirer l'attention du médecin.

§ III. — Symptômes.

Nous ne possédons pas de relevés de faits nombreux propres à nous faire connaître exactement les symptômes de l'hémoptysie. Quelques observations, presque toutes fort incomplètes, et des descriptions générales, voilà les seuls matériaux qui puissent être mis en œuvre.

Symptômes précurseurs. Ils n'existent pas toujours. C'est surtout dans les hémoptysies de médiocre intensité qu'on les voit manquer. Alors, en effet, le premier symptôme est le rejet du sang par la bouche. Peut-être, cependant, un interrogatoire plus attentif qu'on ne le fait ordinairement rendrait-il moins fréquents les cas où cette hémorrhagie survient pour ainsi dire à l'improviste.

Les symptômes précurseurs sont un peu différents, suivant que l'hémorrhagie doit être abondante ou médiocre. Dans le premier cas, on a noté des frissons, le froid des extrémités, des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, un sentiment de lassitude, de la chaleur, de la pesanteur dans la poitrine, parfois même

(1) *Bibl. germanique médico-chirurg.*, t. VI, p. 440, an XI.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*; 1847.

une douleur sourde et lancinante, principalement entre les épaules. Borsieri (1) a dit-il, observé plusieurs fois ces derniers phénomènes; mais n'étaient-ils pas des symptômes de la phthisie pulmonaire préexistante? L'accélération du pouls, principalement remarquée par Ludwig (*loc. cit.*), doit être aussi rangée parmi ces symptômes, qui, pour la plupart, n'ont guère lieu que dans les cas d'hémoptysie très abondante.

Lorsque, tout en restant notable, l'abondance de l'hémorrhagie est moindre, les symptômes précurseurs se bornent à la tension, à la pesanteur de la poitrine, à une plus grande difficulté de respirer, et à de légers troubles de la respiration.

Enfin, quand l'*hémorrhagie* est *légère*, une faible dyspnée, quelques chatouillements derrière le sternum ou dans la trachée, une petite toux sèche, une saveur salée ou douceâtre dans la bouche, un peu de malaise, des alternatives de chaud et de froid, tels sont les symptômes précurseurs qui annoncent assez souvent le crachement de sang, surtout chez les sujets qui n'ont pas déjà éprouvé plusieurs fois cet accident. Dans les cas qui se sont présentés à lui, M. Louis a rarement observé de l'ardeur, des douleurs dans la poitrine et une augmentation de la fièvre (*loc. cit.*, p. 210). L'existence ou l'absence de ces symptômes, qui se prolongent ensuite plus ou moins pendant l'hémorrhagie, ont servi principalement de base à la division en hémoptysie *active* et en hémoptysie *passive*.

A ces symptômes précurseurs il faut joindre la céphalalgie, les palpitations, la limpidité des urines, qui se sont montrées quelquefois, mais qui ont beaucoup moins d'importance.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. L'expectoration sanglante mérite d'être étudiée avec grand soin et dans ses plus légers détails; car son abondance, les qualités physiques du sang rejeté, la manière dont il est rejeté, sont très utiles à connaître, pour guider le praticien dans le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Les symptômes précurseurs ayant duré quelques heures ou plusieurs jours, ou bien ayant manqué tout à fait, on voit survenir l'hémorrhagie, dont les symptômes sont différents suivant certaines circonstances. Ordinairement c'est à un effort de toux que succèdent les premiers crachats sanglants. Lorsque l'hémoptysie est très abondante, le sang affluant dans le pharynx détermine des *efforts de vomissement* qui ont fait croire assez souvent que le sang était réellement vomi. Quelquefois la toux manque; alors le sang est rejeté par une simple expuition, et c'est surtout dans ces cas que son apparition est le premier signal de la maladie.

La *violence* de l'hémorrhagie est très variable, suivant les cas. On a vu le sang s'échapper avec tant d'impétuosité, qu'il coulait à flots, non seulement par la bouche, mais encore par le nez : circonstance importante pour le diagnostic, et notée avec soin par Borsieri (2). Ces cas sont heureusement rares. Ils s'observent surtout lors de la rupture d'un anévrysme dans la trachée ou dans les bronches; toutefois on a cité plusieurs exemples d'une aussi effrayante perte de sang due à une simple exhalation à la surface des bronches. J'en ai observé un à l'hôpital Saint-Antoine, chez une femme qui n'avait que quelques tubercules crus dans les poumons. L'hémorrhagie fut si violente, qu'étant accouru sur-le-champ, je trouvai cette

(1) *Instit. med. pract.*, *De cruent. expuit.*, t. IV, cap. II; Lips., 1798.
(2) *Loc. cit.*

femme morte presque exsangue. Le plus souvent le sang sort avec moins d'impétuosité, et des efforts plus ou moins répétés de toux en amènent chaque fois une quantité médiocre. Enfin parfois les crachats sont fortement teints ou mêlés de sang, et cela peut s'observer même quand l'hémorrhagie est causée par l'ouverture d'un anévrysme dans la trachée. C'est lorsque, suivant MM. Chomel et Reynaud (1), « le sang ne s'échappe qu'en petite quantité du sac anévrysmal au travers des caillots fibrineux qui le doublent. » Toutes choses égales d'ailleurs, on regarde comme plus violentes que les autres les hémoptysies essentielles produites par la pléthore ou par la suppression d'un flux de sang, et surtout du flux menstruel.

La *couleur* et le degré de *coagulabilité* du sang ont été soigneusement étudiés, mais principalement sous le point de vue du diagnostic différentiel. Quant aux signes que ces qualités du sang peuvent fournir pour découvrir la lésion qui en est la source, on s'en est moins occupé. Cependant on a dit que le sang sortait liquide, vermeil et spumeux dans les hémoptysies actives (artérielles de quelques auteurs); noir, non aéré, en caillots, dans les hémoptysies passives (ou veineuses). En examinant avec soin les observations, on voit que la seule cause constante de ces diverses qualités physiques du sang est la plus ou moins grande abondance de l'hémoptysie et la plus ou moins prompte expectoration du liquide. Lorsque le sang est rendu en abondance, promptement, après avoir été battu avec l'air dans les efforts de la toux, il est spumeux et vermeil. Lorsqu'au contraire il s'est amassé lentement dans les bronches, et a été rejeté, en petite quantité, par un simple effort de toux ou par une simple expuition, il peut être noir, pris en caillots et sans bulles d'air. La *coagulabilité* n'est vraiment digne de remarque que lorsque le sang a été rejeté liquide. Alors on voit que, chez les sujets pléthoriques, et principalement dans les cas d'hémorrhagie essentielle supplémentaire, il se forme promptement un caillot volumineux et ferme. Si, au contraire, le sujet est faible, anémique, scorbutique, le sang reste plus ou moins liquide, soit que ses éléments se trouvent dans un état de dissolution, soit que le sérum surabonde. Lorsque l'hémorrhagie a duré longtemps, et que les sujets sont très affaiblis, le sang, devenant séreux, reste en grande partie liquide, alors même qu'il avait présenté d'abord une grande coagulabilité.

L'*abondance* de l'expectoration sanguine peut avoir les degrés les plus divers. J. Frank a rassemblé un certain nombre de cas d'hémoptysie très abondante, où l'on voit que la quantité de sang rendue en trois heures a pu s'élever à 14 kilogrammes. La plus abondante qu'il ait vue lui-même a été de 6 kilogrammes en vingt-quatre heures. Chez la femme dont j'ai cité l'observation, et qui mourut en quelques instants, la perte de sang avait été très considérable. Lorsque l'hémoptysie est due à la rupture d'un anévrysme, elle est ordinairement très abondante. Toutefois ce qui empêche souvent l'hémorrhagie d'être excessive, c'est que, dans un bon nombre de cas graves, les bronches et le tissu pulmonaire lui-même s'engorgent promptement, et des symptômes d'asphyxie viennent hâter la mort. Ces cas sont heureusement les plus rares. Une hémoptysie est déjà regardée comme grave par elle-même, lorsque la quantité de sang rejetée s'élève à un demi-kilo-

(1) *Dict. de méd.*, t. XV, art. HÉMOPTYSIE.

gramme. M. Walshe (*loc. cit.*) a noté que la première hémoptysie est généralement plus abondante que les suivantes.

Le *siége* de l'hémorrhagie est presque toujours dans la membrane muqueuse des bronches. On a vu plus haut que tous les auteurs admettent une hémoptysie provenant du larynx (*laryngorrhagie*) et une autre ayant sa source dans la trachée (*trachéorrhagie*) ; mais les cas en sont tellement rares, qu'on a la plus grande difficulté à en trouver un seul exemple bien authentique. Je ne nie pas la possibilité de ces hémorrhagies muqueuses, mais je ne vois partout que descriptions générales sans un fait à l'appui, et cela dans les auteurs mêmes qui citent le plus d'observations. Concluons-en que les cas de ce genre, s'il en existe quelques uns d'incontestables, sont de rares exceptions.

Quelques auteurs ont cru même pouvoir reconnaître quels étaient les vaisseaux qui fournissaient le sang expectoré. Déjà Goltz, cité par J. Frank, avait établi cette distinction, qui a été récemment reproduite par M. Graves (1) et qui est fondée sur les qualités physiques du sang rejeté. J'y reviendrai à l'occasion du *diagnostic*.

Pendant que l'expectoration sanglante a lieu avec plus ou moins d'abondance, des *symptômes* sérieux sont constatés du côté de la poitrine. La *toux* persiste, elle revient par quintes qui activent l'hémorrhagie. La *dyspnée*, si importante pour le diagnostic, et sur laquelle Borsieri a insisté avec raison, fait souvent des progrès considérables. On voit même, lorsque l'hémorrhagie est fort abondante, survenir parfois des signes d'asphyxie. Les *douleurs* de poitrine se font encore sentir, mais très souvent elles diminuent lorsque le sang a commencé à être rejeté, et il ne reste plus qu'un sentiment de pesanteur et de plénitude.

Dans ces dernières années, on a appliqué l'*auscultation* à l'étude de l'hémoptysie, et par ce procédé on a pu reconnaître l'existence de bulles plus ou moins nombreuses, humides, larges pour la plupart, donnant toutes les nuances du *râle sous-crépitant*, soit dans les deux côtés de la poitrine, soit dans un point circonscrit, suivant que le siége de l'hémorrhagie était plus ou moins étendu. Quant à la *percussion*, elle ne fournit aucun signe lorsque la bronchorrhagie est simple; mais elle peut faire reconnaître une matité circonscrite dans un point de la poitrine, lorsqu'avec la bronchorrhagie il existe une apoplexie pulmonaire, ou hémorrhagie interstitielle de quelques auteurs.

Le malade lui-même a souvent la sensation de ces bruits qui se passent dans les grosses bronches, et qu'il compare tantôt à un bouillonnement, tantôt à une décrépitation. Borsieri avait noté avec soin ce phénomène, soit qu'il eût entendu à distance le bruit (*strepitus*) produit dans la partie inférieure de la trachée, soit que son existence lui eût été déclarée par les malades.

Les symptômes généraux précédemment indiqués ne persistent pas longtemps chez les sujets qui n'ont qu'une hémoptysie légère, surtout si la présence du médecin est venu les rassurer. Mais si l'hémoptysie est très abondante, on en voit survenir de plus effrayants encore. La face pâlit, les extrémités sont glacées, le corps est couvert d'une sueur froide. Le besoin de respirer largement se fait sentir avec force, mais la respiration entrecoupée paraît insuffisante. Le pouls devient petit, fréquent, irrégulier. Des syncopes plus ou moins prolongées, des convul-

(1) *System of clinical medicine*, extrait dans les *Arch. de méd.*, t. III, 2e série, p. 610; 1833.

sions violentes (Ludwig) ne tardent pas à se manifester. Parfois, et surtout lorsque de vastes noyaux d'apoplexie pulmonaire existent, les symptômes d'asphyxie se manifestent et le malade succombe. Ces symptômes sont, comme on le voit, ceux des grandes hémorrhagies, joints aux phénomènes nerveux que fait éprouver un accident redoutable pour tous.

Chez quelques sujets, on voit, en même temps que l'hémoptysie se manifeste, survenir des ecchymoses dans diverses parties, et même d'autres hémorrhagies par les autres ouvertures du corps. Ces cas doivent être rangés parmi ceux qui ont reçu le nom d'*hémorrhagies constitutionnelles*, et dont j'ai déjà parlé à l'article *Epistaxis*.

Après la cessation de l'hémoptysie, si la perte de sang a été abondante, la langueur, la pâleur de la face, la faiblesse, en un mot, les signes de l'*anémie* peuvent persister plus ou moins longtemps. Mais il ne faut pas, avec un grand nombre d'auteurs des siècles passés, regarder comme un résultat de l'hémoptysie, l'émaciation, le dépérissement, qui ne sont dus qu'à la phthisie pulmonaire.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de l'hémoptysie n'a rien de fixe et de régulier. Ainsi on voit des sujets avoir pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures une hémorrhagie bronchique abondante, qui ne se renouvelle qu'au bout de plusieurs mois et même d'une ou plusieurs années, ce qui est rare. D'autres, pendant plusieurs jours de suite, et même quelques semaines, rejettent, à des époques variables de la journée, un peu de sang par la bouche. D'autres ont une hémoptysie presque tous les matins. Lorsque cette hémorrhagie est supplémentaire, elle revient ordinairement à une époque plus ou moins rapprochée de celle où paraissait le flux sanguin qu'elle remplace : elle est donc ordinairement périodique, quand elle est due à la suppression des menstrues. Enfin, on a cité des hémoptysies *intermittentes*. Récemment, M. le docteur Mazade (1) en a rapporté un exemple remarquable en ce que la maladie a paru céder au sulfate de quinine. L'affection revenait tous les deux jours vers dix heures du matin. M. Fantonetti (2) a récemment cité deux cas semblables. Cependant, si l'on a égard à l'intermittence naturelle à cette affection, quoiqu'elle soit ordinairement irrégulière, et surtout à l'appréhension du malade qui peut être une cause occasionnelle et puissante, on reconnaîtra qu'il serait nécessaire de posséder un nombre plus considérable d'observations pour résoudre cette question encore enveloppée de tant d'obscurité.

La *durée* de l'hémorrhagie ne saurait être limitée ; elle peut se prolonger pendant des mois entiers, en se reproduisant plusieurs fois par semaine. Elle est en général d'autant plus courte que la perte de sang est plus abondante.

La *terminaison* par la mort, qui, nous l'avons vu, peut avoir lieu par le fait seul de l'hémoptysie, ne s'observe que rarement. C'est la rupture d'un anévrysme dans les grosses bronches ou dans la trachée qui la produit le plus souvent. Ordinairement les symptômes de l'hémoptysie se dissipent, tandis que ceux de la maladie dont elle est un symptôme prennent un nouvel accroissement.

(1) *Rev. méd.*, août 1841, p. 228.
(2) *Giorn. per serv. ai progr. della path. e della therap.*, et *Gaz. méd.*, sept. 1824.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres sont de deux sortes : les unes appartiennent en propre à l'hémorrhagie : elles sont légères ; les autres appartiennent aux maladies diverses dont l'hémoptysie a été, pendant la vie, un symptôme alarmant : elles sont très graves. Les premières consistent dans la décoloration des tissus, si le sujet est mort exsangue, dans l'engorgement, l'injection considérable des poumons ; dans quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire, lorsqu'à l'hémorrhagie bronchique s'est jointe l'hémorrhagie interstitielle ; dans des extravasations sanguines intéressant le tissu cellulaire, ou les organes parenchymateux lorsqu'il y a eu hémorrhagie constitutionnelle ; enfin dans une injection de la muqueuse bronchique et la présence d'une plus ou moins grande quantité de sang spumeux ou coagulé dans les bronches. Quant aux lésions qui sont dues à d'autres maladies, ce sont principalement celles que laisse après elle la phthisie pulmonaire, quelquefois celles qui caractérisent les maladies du cœur, et les anévrysmes de l'aorte. Parfois on a trouvé des ruptures d'abcès voisins des poumons, des tumeurs dans le foie, la rate, etc. ; mais ces derniers cas sont très rares, et n'intéressent que très médiocrement le praticien.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Tous les auteurs ont reconnu l'importance extrême du diagnostic de l'hémoptysie. Aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir cette partie de l'histoire d'une aussi grave hémorrhagie exposée avec un soin très grand, quoique très diversement, dans les grands traités de pathologie. Malheureusement, ce n'est pas d'après des relevés d'observations connues que ces articles ont été faits ; en sorte qu'aujourd'hui que notre manière de voir est un peu modifié par des recherches plus attentives en anatomie pathologique, nous ne pouvons pas toujours vérifier l'exactitude des opinions des auteurs.

Parmi les divers articles de diagnostic publiés sur l'hémoptysie, celui de Borsieri (1) est sans contredit un des plus complets et des plus remarquables ; aussi a-t-il, sauf quelques modifications, servi de modèle aux auteurs qui sont venus après lui. Il peut être, même à notre époque, consulté avec fruit.

Pour plus de clarté, je vais diviser mon sujet en un certain nombre de questions que je discuterai successivement.

1° *Le sang provient-il des voies respiratoires ?* Cette question nous conduit à distinguer l'hémoptysie des autres hémorrhagies qu'on pourrait confondre avec elle.

On a déjà vu, à l'article *Épistaxis*, que cette hémorrhagie pouvait présenter parfois des circonstances embarrassantes pour le médecin. Je n'y reviendrai pas ici, me bornant à reproduire le diagnostic différentiel dans le tableau synoptique. J'ajouterai seulement que quelquefois, ainsi que M. Chomel l'a observé après Borsieri, le sang tombant en grande abondance dans le pharynx, provoque une toux qui, le mêlant à l'air, le rend spumeux et rutilant. L'absence de tout symptôme dans la poitrine, l'examen de l'arrière-gorge et des fosses nasales, lèveront les doutes.

(1) Loc. cit., *De cruentâ exputtione, et speciatim de hæmoptisi.*

Le sang rejeté par le vomissement, *lorsque l'hémorrhagie a sa source dans l'estomac*, ou bien plus rarement dans l'œsophage, est noir, pris en caillots mous, quelquefois diffluents. Ce n'est pas à la suite d'un effort de toux qu'il est rendu, mais par la contraction de l'estomac et de l'abdomen qui produit le vomissement. Le rejet du sang est ordinairement précédé de pesanteurs épigastriques, de nausées, de douleurs d'estomac. Le plus souvent, après le vomissement du sang, il survient une ou plusieurs selles noires contenant du sang. Enfin l'*hématémèse* dans laquelle tous les signes pectoraux manquent a lieu ordinairement dans des maladies organiques de l'estomac dont les symptômes sont quelquefois distincts.

Lorsque l'hémorrhagie a son siége dans la bouche ou le pharynx, un examen attentif fait reconnaître la source du sang. Quelquefois, néanmoins, elle peut être hors de la portée de la vue, comme il arriva dans un cas fort curieux rapporté par M. Aulanier (1). Une sangsue, ayant été avalée dans un état de très grande ténuité, prit de l'accroissement, se fixa sur la partie supérieure de l'œsophage, et produisit une hémorrhagie qui ne cessa qu'avec son expulsion par un effort de vomissement. C'est un fait fort rare, mais que néanmoins il n'est pas sans utilité de connaître.

2° *Lorsque le sang s'échappe par les voies respiratoires, peut-on reconnaître s'il y prend sa source ou s'il y est versé par un organe voisin?* Ce n'est guère que dans les cas d'anévrysme de l'aorte qu'on peut être appelé à décider cette question; et, dans ces cas, si la rupture de l'anévrysme est large, on n'a point le temps de porter un diagnostic, car la mort arrive très rapidement. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, la communication de l'anévrysme avec les bronches peut être très embarrassée, et l'hémorrhagie, peu abondante, avoir une certaine durée. Alors les palpitations antécédentes; la gêne de la circulation, son intermittence, sa faiblesse dans les artères radiales; la matité de la poitrine quelquefois; les battements violents ou étouffés de l'aorte, un bruit de souffle, de râpe, dans un point de son trajet; les douleurs locales, et enfin une douleur pulsative au sommet du sternum, viennent éclairer le diagnostic.

3° *Quel est le point des voies aériennes qui fournit le sang?* J'ai déjà dit que, vu la rareté des hémorrhagies un peu importantes du larynx et de la trachée, cette question perdait beaucoup de son intérêt. Suivant Borsieri, l'*hémorrhagie laryngée et trachéale* se distingue par la faiblesse de la toux, le prurit du larynx et de la trachée, et la facilité avec laquelle le sang est rejeté par simple expuition; mais nous savons que tous ces phénomènes peuvent se présenter dans l'hémorrhagie bronchique. Disons donc, avec MM. Chomel et Raynaud, qu'on ne doit admettre l'hémoptysie laryngée et trachéale qu'avec la réserve du doute.

4° *Peut-on savoir si le sang est fourni par les artères bronchiques ou par les dernières divisions de l'artère pulmonaire?* Nous avons vu que quelques auteurs ont cru pouvoir résoudre cette question. Goltz allait même beaucoup plus loin; il pensait qu'on pouvait distinguer le sang provenant des artères bronchiques de celui qui s'échappe de l'artère ou des veines pulmonaires, et même de la substance vésiculeuse du poumon. Les signes qu'il donne, et qui consistent dans un peu plus ou un peu moins de douleur, l'abondance plus ou moins grande de l'hémorrhagie,

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. X, p. 506.

la couleur vermeille (artères bronchiques), écarlate (veines pulmonaires), pourpre noirâtre (artère pulmonaire), n'ont point été, avec raison, regardés comme suffisants. Quant au docteur Graves, la couleur du sang expectoré est encore le signe le plus important sur lequel il se fonde ; et cependant il reconnaît lui-même que le sang de l'artère pulmonaire peut devenir rouge quand il est mêlé à l'air, et que celui qui est fourni par les artères bronchiques devient noir lorsqu'il séjourne dans les bronches. Il suit de là que nous ne savons pas réellement quel est l'ordre de vaisseaux qui produit l'hémorrhagie.

5° *Étant constaté que le sang provient des voies respiratoires, peut-on reconnaître si l'hémoptysie est essentielle ou symptomatique?* C'est là sans contredit la question qu'il importerait le plus de résoudre avec certitude ; mais il est des cas d'une assez grande difficulté. Lorsqu'il existe une phthisie confirmée, un anévrysme ancien de l'aorte, une hypertrophie du cœur avancée, on reconnaît facilement la cause organique de l'hémorrhagie ; mais en l'absence des signes évidents de ces maladies, doit-on regarder la bronchorrhagie comme essentielle ? On aura quelques raisons de la croire telle, si l'hémorrhagie pulmonaire remplace un flux sanguin et surtout les menstrues, ou survient après l'omission d'une saignée habituelle ; si aucun signe de dépérissement n'a précédé l'hémoptysie ; si le sujet est fort, pléthorique ; si, après l'hémorrhagie, un soulagement marqué se manifeste. Toutefois ce ne sont pas là des signes positifs ; on a vu sans doute des sujets, dans ces circonstances, n'avoir qu'une seule hémoptysie, et d'autres en être assez fréquemment affectés sans que leur santé en fût altérée ; mais combien d'autres chez lesquels l'hémoptysie était le signal d'un dépérissement qui ne s'arrêtait plus !

M. Walshe (*loc. cit.*) a posé en principe que le crachement de sang chez des personnes affectées de bronchite chronique, avec ou sans emphysème, mais sans notable maladie du cœur, doit faire craindre l'existence de tubercules latents, et que chez les femmes imparfaitement menstruées, on est en droit de suspecter l'existence de tubercules, lorsqu'on observe des hémoptysies de plus d'une once de sang. Le même auteur a constaté que la durée de l'existence n'est pas diminuée par les hémoptysies fréquentes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'hémoptysie et de l'épistaxis, lorsque, dans cette dernière hémorrhagie, le sang tombe en abondance dans le pharynx.*

HÉMOPTYSIE.	ÉPISTAXIS.
Sang rendu *à flots*, ou à la suite d'*efforts de toux*.	Sang rejeté par de *simples efforts d'expuition*, où à la suite d'une toux légère.
Sang ordinairement *vermeil*, *spumeux*.	Sang ordinairement *noir*, souvent en *caillots*.
Pas de traces de sang dans les fosses nasales, à moins d'une hémoptysie extrêmement abondante.	*Traces de sang* dans les fosses nasales.
Symptômes *du côté des poumons ;* douleur, plénitude, chaleur, dyspnée, etc.; *signes de tubercules*.	Point de symptômes *pulmonaires*.

Je ne donne dans ce diagnostic que les signes généraux; j'ai indiqué les exceptions dans l'article *Épistaxis*. J'invite le lecteur à ne pas les oublier, car elles peuvent rendre le diagnostic très difficile.

2° *Signes distinctifs de l'hémoptysie et de l'hématémèse.*

HÉMOPTYSIE.	HÉMATÉMÈSE.
Sang *rouge*, *spumeux* dans le plus grand nombre des cas.	Sang *noir*, en *caillots mous*, quelquefois *diffluents*.
Sang rejeté à la suite d'*efforts de toux* plus ou moins considérables.	Sang rejeté par le *vomissement* après des *nausées*, des *pesanteurs épigastriques*, des douleurs d'estomac, etc.
Point de matité dans la région épigastrique; *râle sous-crépitant* dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine.	*Matité* dans la région épigastrique; pas de *râle sous-crépitant*.
Sang *pur* ou mêlé aux *crachats*.	*Matières alimentaires* mêlées au sang.
Après l'hémorrhagie, *selles naturelles*.	Après l'hémorrhagie, selles noires, fétides *contenant du sang*.

3° *Signes distinctifs de l'hémorrhagie bronchique et de l'hémorrhagie laryngée ou trachéale.*

BRONCHORRHAGIE.	LARYNGO ET TRACHÉORRHAGIE.
Toux assez *forte*.	*Toux* plus *faible*.
Sang rejeté après les *quintes de toux*.	Sang rejeté par une *simple expuition*.
Douleurs; pesanteur, chaleur *dans la poitrine*.	Picotements dans le *larynx* ou dans la *trachée*.

Ce diagnostic, je le répète, est très incertain, attendu qu'une hémorrhagie provenant des bronches n'a assez souvent pas d'autres symptômes que ceux qu'on a attribués à la laryngorrhagie.

4° *Signes distinctifs de l'hémoptysie essentielle et de l'hémoptysie symptomatique.*

HÉMOPTYSIE ESSENTIELLE.	HÉMOPTYSIE SYMPTOMATIQUE.
Aucun signe de *phthisie*, d'*anévrysme*, ou d'autre *affection du cœur et des gros vaisseaux*.	Signes de *phthisie*, d'*anévrysme*, etc.
Sujet *fort*, *pléthorique*.	Sujet *faible*, de *mauvaise constitution*.
Perte de sang *remplaçant un autre flux* de la même nature, et surtout les *menstrues*.	Perte de sang non *supplémentaire*.
Soulagement marqué produit par l'hémorrhagie.	Généralement, *peu* ou *point d'amendement* après l'hémorrhagie.

Il faut encore le répéter ici, il est des cas, et malheureusement en trop grand nombre, où, dans les circonstances les plus favorables en apparence, les malades n'ont pas laissé d'être atteints de phthisie; ainsi, qu'on ne se hâte pas de prononcer. On voit, au reste, combien il est parfois difficile de porter un jugement.

Pronostic. Dès les premiers temps de la médecine, la gravité de l'hémoptysie a été reconnue. L'aphorisme d'Hippocrate à ce sujet a été cité des milliers de fois; mais il faut faire une distinction entre le danger de l'hémoptysie, de l'hémorrhagie elle-même, et celui de la maladie dont elle est un symptôme. Par elle-même, l'hémoptysie n'est que fort rarement dangereuse. Cependant il ne faut pas oublier que

la perte du sang peut causer la mort. C'est dans les cas d'*hémorrhagie constitutionnelle*, avec ecchymoses et extravasations sanguines dans plusieurs organes, et dans les cas de rupture d'un anévrysme dans la trachée, que le pronostic est le plus grave.

Envisagée comme simple symptôme pronostique, l'hémoptysie n'est guère moins alarmante. Rappelons-nous que M. Louis ne l'a vue, dans l'espace de trois ans, survenir que chez des tuberculeux, n'oublions pas les résultats auxquels l'étude d'un grand nombre de faits a conduit M. Walshe, et reconnaissons, avec les praticiens les plus expérimentés de notre époque, que les cas où il en est autrement sont excessivement rares.

Avant que les recherches sur la phthisie eussent acquis le degré de précision qu'elles présentent aujourd'hui, on croyait que l'hémoptysie pouvait produire la phthisie. Morton, et après lui bien des auteurs, ont signalé une espèce de phthisie qu'ils ont appelée *phthisis ab hœmoptoe*. Aujourd'hui on regarde l'hémoptysie comme la première manifestation extérieure de la phthisie déjà existante. Cette hémoptysie a souvent à un haut degré les caractères de l'hémoptysie dite essentielle, et les conditions dans lesquelles elle se produit sont tellement identiques, qu'il serait téméraire de porter un pronostic favorable avant qu'un assez long espace de temps soit venu rassurer sur les suites de ce redoutable accident.

Cependant on a vu un certain nombre de cas d'hémorrhagie pulmonaire qui n'ont eu aucune suite fâcheuse. Personne ne le nie; M. Louis lui-même en admet l'existence, et c'est un fait qu'il ne faut pas oublier, pour ne pas désespérer à tort de son malade. J'ai dit plus haut quelles étaient les circonstances les plus favorables.

Règle générale : plus on a eu d'hémoptysies, plus on est sujet à en avoir de nouvelles.

§ VII. — Traitement.

Après ce que j'ai dit de la gravité si généralement reconnue de l'hémoptysie, on doit être peu surpris de voir combien les auteurs se sont occupés de son traitement. Une foule de moyens ont été mis en pratique et préconisés avec plus ou moins de force. Il est inutile d'ajouter que généralement on ne trouve que de simples assertions, même de la part des praticiens les plus exercés. Les faits, qui seraient si utiles pour juger un grand nombre de questions, manquent absolument ou sont insuffisants; en sorte qu'on est réduit fréquemment à l'exposition pure et simple des diverses méthodes de traitement le plus généralement adoptées.

Il n'en est pas de l'hémoptysie comme de l'épistaxis. On ne peut pas négliger l'hémoptysie légère, car journellement on est appelé à secourir des sujets qui en sont affectés, et alors le crachement de sang absorbe toute l'attention du médecin, quelle que soit la maladie qui l'a produit. L'hémoptysie devient pour un certain temps l'affection principale. Or les moyens qu'on doit opposer à l'hémoptysie légère n'étant pas les mêmes que ceux qui sont réclamés par une bronchorrhagie abondante, il est utile de présenter séparément le traitement qui convient à chacune d'elles.

Hémoptysie légère. 1° *Évacuations sanguines.* Dès les premiers temps de la médecine, la *saignée* a été recommandée dans cette hémorrhagie comme dans les

autres. On pourrait citer à ce sujet un nombre immense d'auteurs. Fernel (1) veut qu'on emploie fréquemment la *saignée du bras*, et, comme à l'ordinaire, il veut qu'on saigne de préférence du côté où la douleur se fait sentir. D'autres médecins, tels que F. Hoffmann, regardent comme efficace la *saignée du pied;* mais déjà Borsieri (*loc. cit.*, cap. II, *Curatio*) avait constaté que la partie du corps où l'on pratiquait la saignée avait peu d'importance, et c'est une opinion générale aujourd'hui. Toutefois disons que si l'on veut faire une saignée large qui produise une perte considérable en peu de temps, il vaut mieux ouvrir la veine du bras, et que lorsque l'ont veut faire servir la saignée à rappeler les règles supprimées, on préfère la saignée du pied, sans que les faits prouvent qu'on ait quelquefois atteint ce but.

Quelles doivent être l'abondance et la fréquence de la saignée? Les opinions sont très variées. Fernel, Rivière, veulent qu'on saigne fréquemment et qu'on tire peu de sang à la fois. M. J. Cheyne (2) recommande de petites saignées de 150 à 180 grammes, répétées tous les six ou sept jours, dans l'hémoptysie qui s'accompagne d'un léger mouvement fébrile. F. Hoffmann pense au contraire qu'il vaut mieux pratiquer une large saignée. Si l'on considère que les effets de la saignée sont très bornés, ainsi que le démontrent les observations de M. Louis (*loc. cit.*, p. 537), et si l'on songe aux conditions défavorables dans lesquelles se trouvent généralement les sujets, on sera très sobre de ce moyen. Si néanmoins le malade était fort, pléthorique, et que la perte de sang parût diminuer les accidents, il faudrait agir avec plus de hardiesse.

Quant à la valeur réelle de la saignée, il est difficile de l'apprécier. On peut dire cependant qu'il est fort rare de la voir arrêter seule l'hémoptysie, et tout nous porte à la ranger avec Wagner (3) parmi les moyens secondaires dont, suivant cet auteur, elle est le principal.

Les *ventouses scarifiées*, les *sangsues* appliquées sur la poitrine ou vers les parties génitales et à l'anus, dans les cas de suppression de flux, ont été plus rarement mises en usage, et leur degré d'efficacité n'est pas plus facile à apprécier. C'est encore un moyen dont le médecin ne devra user que dans un petit nombre de cas particuliers.

2° *Ventouses non scarifiées; ligatures des membres.* Quelques auteurs, et entre autres Fernel et Borsieri, recommandent les ventouses et la ligature des membres. Suivant Fernel, les *ventouses* doivent être appliquées sur les hypochondres. Ce moyen ne peut être considéré que comme un adjuvant. Quant à la *ligature des membres*, elle n'est applicable que dans les cas d'hémoptysie très abondante.

3° *Vésicatoires; sinapismes; cautères.* Mertens voulait qu'on appliquât un *vésicatoire* à la cuisse ou entre les deux épaules. On a aujourd'hui abandonné le vésicatoire de la cuisse, on l'applique encore quelquefois entre les épaules, mais on n'a pas cité de succès bien évidents. On peut remplacer avec avantage ce topique irritant par un *large sinapisme* qu'on peut renouveler plusieurs fois. Quant au *cautère*, qui, d'après Rivière, doit être placé à l'une des deux jambes, il est

(1) *Univ. med.: Pathol.*, lib. V, cap. XI, *Hæmopt.*, p. 469; Colon. Allobr., 1679.
(2) *Dubl. hosp. Rep.*, vol. V, p. 351, 1830.
(3) *In Haller. disp. ad morb.: De hæmopt.*, etc., vol. II, n° 55; Laus., 1757.

évident que c'est contre la maladie chronique et non contre l'hémoptysie qu'il a été employé. En somme, ces moyens n'ont qu'une action très bornée.

4° *Astringents.* Un très grand nombre de médicaments de cette espèce ont été opposés à l'hémoptysie. Je signalerai d'abord le *suc d'ortie* comme ayant joui d'une grande réputation d'efficacité. Amatus Lusitanus le prescrit à la dose de 120 *grammes* pendant cinq ou six jours, à prendre le matin à jeun. Il veut même que les malades mangent l'ortie cuite et préparée comme des épinards. Borsieri cite cette plante comme jouissant d'un crédit général à l'époque où il écrivait. C'est la *grande ortie* (*urtica dioica*), et non la *petite ortie* (*urtica urens*), qui était mise en usage. Les sucs de *plantain*, de *grande consoude*, de *lierre terrestre*, peuvent être employés dans les mêmes circonstances et à la même dose. Aujourd'hui ces médicaments ont beaucoup perdu de leur réputation ; cependant on les administre encore comme adjuvants ; mais on ne donne plus ordinairement le suc de la plante ; on se borne à prescrire l'infusion comme *tisane*.

Viennent ensuite des substances astringentes plus actives, parmi lesquelles nous retrouvons un bon nombre de celles qui ont été employées contre l'épistaxis. Nous y trouvons d'abord le *bol d'Arménie*, la *terre sigillée*, dont les anciens faisaient un si grand usage dans les pertes de sang, et le *tritoxyde de fer natif* (pierre hématite). On n'a guère administré ces substances seules ; elles font généralement partie de formules plus ou moins compliquées dont je donnerai quelques exemples. Cependant Alexandre de Tralles (1) prescrivait ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Tritoxyde de fer natif...	5 gram.	Suc de grenade............	Q. s.

Pour donner la consistance d'un opiat. — A prendre dans la journée.

Forestus a aussi recommandé la *sandaraque*, plutôt absorbante qu'astringente. Pechlen (2) dit avoir eu à se louer de l'administration des *yeux d'écrevisse*, etc., etc. Une réflexion générale s'applique à l'usage de ces diverses substances, c'est qu'elles ont toujours été administrées avec d'autres moyens plus ou moins actifs, et qu'il est impossible de démêler leur action réelle dans les observations. Voici quelques formules qui les comprennent presque toutes, ainsi que plusieurs autres médicaments, et qui montrent comment on les associait entre elles.

Fernel recommandait particulièrement l'opiat suivant :

Opiat de Fernel.

℞ Conserve de grande consoude / de roses........	ÂÂ 30 gram.	Terre sigillée................	4 gram.
Bol d'Arménie............	4 gram.	Sirop de roses..............	Q. s.

Faites un opiat. En tenir fréquemment une portion dans la bouche, et l'avaler après.

Sydenham (3) vante les bons effets d'un médicament plus compliqué encore ; il prescrivait une poudre ainsi composée :

℞ Bol d'Arménie..............	35 gram.	Pierre hématite........... / Sang dragon.............	ÂÂ 5 gram.
Racine de grande consoude pulvérisée..................	10 gram.	Sucre......................	60 gram.
Terre sigillée..............	5 gram.		

(1) *De arte medica*, lib. VII, cap. I.
(2) *Miscell. nat. cur.*, an IX, obs. XXVII.
(3) *Process. integr.*, p. 35.

Mêlez. Pulvérisez finement. A prendre 5 grammes le matin et 5 le soir.

Prendre, immédiatement après chaque dose, 120 grammes de l'apozème suivant :

℞ Feuilles de plantain..... de ronces......	åå 5 gram.	Feuilles de millefeuille..... 5 gram. Eau commune............ 1000 gram.

Faites bouillir pendant un quart d'heure. Ajoutez :

Sirop de grande consoude.......................... 60 gram.

Mêlez.

C'est sans doute comme astringent que le *quinquina* a été recommandé par Wagner, car cet auteur ne fait aucune mention, dans les cas qu'il cite, de la périodicité que quelques médecins ont signalée dans certaines hémoptysies. Aujourd'hui les substances astringentes les plus accréditées contre l'hémoptysie sont la *ratanhia*, le *tannin*, et une substance nouvellement introduite dans la matière médicale : le *monésia*.

La *ratanhia* est devenue d'un usage assez fréquent depuis que le docteur Hurtado (1) l'a préconisée en France. M. Mailly (2) a cité un certain nombre d'observations d'hémoptysies dans lesquelles cette substance paraît avoir eu d'assez bons résultats. Toutefois on n'y voit pas de suppression assez rapide de l'hémorrhagie pour que le succès soit aussi évident que l'auteur semble le croire. L'hémoptysie est, en effet, une maladie qui revient à de certains intervalles, et qui ne dure pas continuellement pendant un temps fort long. Dans le plus grand nombre des cas, une observation superficielle pourrait donc faire attribuer au médicament une suspension du crachement de sang, qui n'est autre chose qu'un effet de la marche naturelle de la maladie. La première des observations de M. Mailly est la plus probante. M. Louis (*loc. cit.*, p. 537) cite un cas où l'administration de la ratanhia a été suivie d'une prompte suppression de l'hémoptysie. D'autres faits de ce genre ont été rapportés, mais nous n'avons pas de résumé de faits suffisants sur cet important sujet. La ratanhia est ordinairement administrée en extrait, soit en pilules, soit dans un véhicule aqueux. J'indiquerai les doses dans les *ordonnances*.

Récemment le docteur A. Latour a cité un certain nombre de cas où le *tannin* a réussi à arrêter des hémoptysies rebelles. Il a employé la formule suivante :

℞ Tannin pur............	0,20 gram.	Sirop simple................. Q. s.
Gomme arabique en poudre	0,80 gram.	

Pour 8 pilules. A prendre 4 par jour, de trois en trois heures. Il ne faut pas prolonger cette médication au delà de deux jours, à moins de circonstances particulières que le médecin appréciera.

Enfin, dans ces derniers temps, une substance végétale dont on ignore l'origine, mais qui est douée de vertus astringentes très puissantes, a été administrée contre l'hémoptysie : c'est le *monésia* (3). De nouvelles expériences sont nécessaires pour faire apprécier l'efficacité réelle de ce médicament dans la maladie qui nous occupe. On l'a administré sous diverses formes. La plus convenable est celle d'extrait. On prescrira donc :

(1) *Obs. sur l'efficacité de la ratanhia*, etc. (*Journ. de méd. de Leroux*, t. XXXVII ; 1816).
(2) *Quelques vues sur le traitement de l'hémoptysie* ; Thèse de Paris, 1821, in-4.
(3) *Exam. chimiq. et méd. du monésia*, par MM. Derosne, Henry et Payen ; Paris, 1841.

℞ Extrait de monésia....... 1 gram. | Conserve de roses........ 1 gram.

F. s. a. 10 pilules. A prendre 2 toutes les deux heures, dans la journée. Aux enfants, on donne chaque jour de 40 à 60 grammes de sirop de monésia (cette dose contient 40 à 60 centigrammes d'extrait de monésia).

Une réflexion générale s'applique à l'emploi de ces diverses substances. Si l'on considère leurs propriétés, l'usage qu'on en fait journellement et quelques succès qui paraissent assez évidents, on est porté à croire qu'elles ont un certain degré d'efficacité dans l'hémoptysie. Mais quel est ce degré d'efficacité? Ces médicaments suffisent-ils seuls pour arrêter l'hémorrhagie, ou doivent-ils être employés concurremment avec d'autres? Ce sont là des questions insolubles dans l'état présent de la science, et qui ne cesseront de l'être que lorsque, après avoir étudié d'une manière toute nouvelle la marche et la durée de l'hémoptysie, suivant les cas, on pourra faire des expériences thérapeutiques sur des objets bien déterminés. C'est là encore, pour les observateurs, une importante lacune à combler.

Les astringents minéraux ne sont guère employés dans l'hémoptysie. Robert Davies (1) cite un cas dans lequel l'administration de l'acétate de plomb fut suivie d'une amélioration très prompte et d'une disparition complète de l'hémorrhagie. Il prescrivit la formule suivante :

℞ Acétate de plomb..... 1,30 gram. | Conserve de roses........ 30 gram.

F. S. A. six bols, dont on prendra un toutes les deux heures.

M. le docteur Sirus-Pirondi (2) rapporte six observations en faveur de l'*acétate de plomb* administré contre l'hémoptysie. La dose du médicament est de 15 centigrammes à 1 gramme 25 centigrammes. Des douleurs dans la région épigastrique et ombilicale ont quelquefois forcé de suspendre le remède; chez un sujet aucune dose n'a pu être supportée.

On voit, dans une observation recueillie par le docteur Lœvenhard (3), qu'une dose de *poudre d'alun* arrêta si subitement une hémoptysie, qu'il survint des symptômes de suffocation très graves. Les cas de ce genre sont fort rares, c'est pourquoi j'ai jugé convenable de faire connaître celui-ci. L'alun, en pareille circonstance, s'administre ainsi qu'il suit :

℞ Alun.................. 1 gram. | Gomme arabique......... 5 gram.
Sucre.................. 5 gram. |

Pulvérisez et divisez en dix paquets dont on prendra de deux à cinq par jour.

Narcotiques. Les narcotiques ont été très anciennement mis en usage. Ceux qu'on a recommandés le plus vivement sont l'*opium* et la *jusquiame.* Le premier de ces médicaments est encore ordinairement mis en usage aujourd'hui, mais ce n'est point comme substance hémostatique qu'il est administré; on le donne comme calmant, comme modérant la toux, comme portant son influence sur la respiration, qu'il rend plus facile, et par conséquent comme diminuant les causes excitantes de l'hémorrhagie pulmonaire. Quant à la *jusquiame*, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Hartz (4) et Fr. Hoffmann, lui attribuent une vertu

(1) *Med. and phys. Journ.*, t. XIX, p. 8; 1808.
(2) *Clinique de Marseille*, 1846 et *Journ. des conn. médico-chirurg.*, août 1846.
(3) Voy. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 281.
(4) *Journ. de Hufeland*, t. IX, 2ᵉ part. : *De l'efficac. de l'usage intér. de l'huile de jusq. dans les crach. de sang.*

particulière. Le premier de ces deux auteurs administrait ce médicament de la manière suivante :

Huile de jusquiame.

℞ Feuilles de jusquiame blanche fraîchement écrasées......	60 gram.	Huile d'olive...........	240 gram.

Faites bouillir.

Passez, et ajoutez après le refroidissement :

Huile d'amandes douces.......................... 250 gram.

On donne une cuillerée à café de ce mélange deux ou trois fois par jour.

Hartz continuait l'administration de cette huile pendant quelque temps, sans avoir égard au léger vertige qu'elle causait parfois, et qui se dissipait facilement.

Fr. Hoffmann associait la *semence de jusquiame* à d'autres substances de propriétés très différentes, ainsi que l'avait déjà fait Plater. Voici sa formule :

℞ Graines de jusquiame blanche	àà 2 gram.	Nitrate de potasse........	0,60 gram.
Yeux d'écrevisse.........		Camphre.................	0,10 gram.

Pulvérisez, et divisez en dix paquets, dont on prendra deux ou trois par jour.

Quoiqu'il soit très probable que la jusquiame n'agit dans la maladie qui nous occupe que comme calmant, il est néanmoins à désirer que son action soit étudiée mieux qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.

M. le docteur Forget, de Strasbourg, a vanté (1) l'opium contre l'hémoptysie, médicament qui avait déjà été recommandé par un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut signaler Boerhaave et Van Swieten. Il cite des observations en faveur de son efficacité.

Dans les dernières années, on a administré contre l'hémoptysie l'*acide hydrocyanique ;* mais l'expérience a prouvé que ce médicament n'avait d'autre action que de calmer la toux, et qu'il n'agissait par conséquent pas autrement que les substances précédentes. Or, comme l'acide hydrocyanique est une substance qu'il ne faut pas employer sans qu'il y ait une grande utilité, je pense qu'on doit le retrancher du traitement de cette hémorrhagie.

Vomitifs. Dans ces derniers temps, M. Nonat (2) a cité quelques cas dans lesquels il a mis en usage le *tartre stibié.* Cette pratique n'est pas nouvelle. Willis, Cullen, Brian, avaient déjà recommandé ce médicament, et Stoll le regardait comme le meilleur moyen contre ces hémoptysies qui, selon lui, sont de nature bilieuse. Le docteur Chapmann (3), ayant vu un vomissement occasionné par une forte dose de digitale arrêter une hémoptysie, étendit cette médication à tous les cas, en substituant à la digitale le tartre stibié, vomitif plus sûr, et il affirme qu'il l'a fait avec succès, mais il ne fournit pas d'observations. M. Levrat-Pérotton (4) rapporte un cas assez concluant : Un émétique ayant été administré à l'époque où devait apparaître une *hémoptysie abondante* qui se reproduisait assez régulièrement tous les mois, l'hémorrhagie, que rien n'avait pu jusqu'alors empêcher, et

(1) *Bulletin thérapeutique*, décembre 1844.
(2) *Bull. thérap.*, 15 et 30 oct. 1840, p. 207.
(3) *Thoughts on the use of emetics*, etc. (*Lond. med and surg. Journ.*, t. II, p. 326 ; 1828).
(4) *Hémopt. guérie par l'ém.* (*Transact. méd.*, avril 1833).

qui avait occasionné un dépérissement notable, ne parut pas; elle fut dès lors supprimée, et la santé ne tarda pas à se rétablir. La dose employée par M. Levrat-Pérotton est la suivante :

℞ Un demi-looch blanc.

Ajoutez :

Tartre stibié.................................. 0,15 gram.

A prendre en trois ou quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Après avoir donné cette dose pour procurer de nombreux vomissements, M. Chapmann conseille de continuer pendant quelques jours le tartre stibié, mais seulement à *dose nauséeuse.*

Ce dernier auteur emploie plus fréquemment encore l'*ipécacuanha,* qui lui paraît mieux remplir les diverses indications présentées par les différents cas, mais il n'entre pas à ce sujet dans des détails suffisants. Au reste, il administre ce médicament comme l'émétique, c'est-à-dire qu'après l'avoir donné à *dose vomitive* (1 à 2 *grammes*), il le continue à *dose nauséeuse* (0,15 à 0,30 *grammes*).

Le docteur Joly (1) a rapporté deux cas dans lesquels une hémoptysie abondante et rebelle fut arrêtée par l'émétique à la dose de 40 centigrammes, dans 160 grammes d'eau gommée. Il y eut deux vomissements et une selle ; puis la tolérance s'établit et l'hémoptysie cessa. M. Rufz accorde une assez grande valeur à cette médication.

On voit qu'il y a encore beaucoup à faire pour déterminer la valeur réelle de cette médication. Je dois ajouter qu'aujourd'hui on n'est nullement dirigé dans l'emploi des vomitifs par la considération du *caractère bilieux* que peut présenter la maladie. Stoll, qui a cherché cette indication avec tant de soin dans toutes les affections, dit (2) que, dans les cas où l'hémoptysie bilieuse était traitée par la saignée, il en résultait une grande débilité consécutive et de fréquentes récidives. Qui ne voit qu'il regarde comme effets du traitement les progrès de la phthisie, cause première de l'hémorrhagie? Cet auteur, dont le diagnostic était si superficiel dans ce cas, ne peut évidemment faire autorité. S'il obtenait de bons résultats des vomitifs, c'est parce que, suivant ce qu'il vient d'être dit, ces médicaments ont quelque utilité dans l'hémoptysie en général, et non parce que les hémoptysies étaient bilieuses.

Diurétiques. Déjà Juncker (3), F. Hoffmann, et bon nombre d'autres auteurs, avaient fait l'éloge du *nitre* administré contre l'hémoptysie, mais en l'associant à plusieurs autres substances de vertu fort différente. M. Gaudineau (4) en a fait la base du traitement. Il a rassemblé environ soixante observations qui prouvent, selon lui, l'efficacité de ce moyen ; mais il n'en cite que trois. Il est fâcheux que M. Gaudineau n'ait pas analysé toutes ces observations, et recherché avec soin quelle était la durée de l'hémoptysie pendant ce traitement ; car tout est là. On ne peut trop le redire, l'hémoptysie est un accident qui disparaît ordinairement de lui-même, pour reparaître au bout d'un temps plus ou moins long. Pour prouver que

(1) *Journ. de méd. de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles ;* 1843.
(2) *Rat. med.,* pars III., p. 9 ; Paris, 1787.
(3) *Conspect. med. : De hæmopt.;* Halæ, 1724.
(4) *Journ. de méd. et de chir. prat.,* t. VI.

le traitement a contribué à sa disparition, il faut de toute nécessité entrer dans de grands détails sur la durée et l'abondance de l'hémorrhagie, ainsi que sur la manière dont elle a été supprimée. Quoi qu'il en soit, voici la formule de M. Gaudineau :

℞ Eau gommeuse.........	200 gram.	Sirop de sucre...........	15 gram.
Nitrate de potasse....	de 8 à 15 gram.		

Mêlez. Cette potion doit être prise tout entière dans les vingt-quatre heures ; dans les cas graves, on en prescrit deux.

Wagner employait l'*acétate de potasse*, mais il ne donne aucun détail sur l'action de ce médicament.

Le docteur Henriette (1) a associé, ainsi qu'il suit, le seigle ergoté à la digitale :

℞ Ergot de seigle.........	1,50 gram.	Eau de tilleul édulcorée...	120 gram.
Teinture de digitale.....	1,25 gram.		

A prendre par cuillerées tous les quarts d'heure.

Le *seigle ergoté* a été prescrit dans cette hémorrhagie comme dans toutes les autres. M. Gambini (2) cite un cas dans lequel une hémoptysie abondante qui avait résisté aux saignées, aux boissons acides, au froid, fut promptement arrêtée par la prescription suivante :

℞ Seigle ergoté pulvérisé.............................. 4 gram.

Divisez en six doses. A prendre de dix en dix minutes.

Quoique MM. Spajrani, Pignacia, Negri (3), Arnal, etc., aient cité plusieurs faits de ce genre, ils sont encore assez rares, et de nouvelles expérimentations sont nécessaires à ce sujet.

Enfin, M. Milcent (4) a rapporté trois observations d'hémoptysie dans lesquelles on voit l'hémorrhagie s'arrêter pendant l'administration de la *potion de Chopart*.

On peut, à propos de cette dernière médication, comme des précédentes, se demander si, dans la plupart des cas où l'hémoptysie s'est arrêtée pendant qu'on les mettait en usage, il ne faut pas attribuer cette suspension à la marche naturelle de la maladie plutôt qu'à l'action du médicament. C'est une question que les auteurs ne se sont pas assez faite. J'y reviendrai à l'article consacré à la *Phthisie*.

Restent maintenant quelques substances qui ne peuvent, tout au plus, être administrées que comme simples adjuvants : telles que l'*huile de lin*, à l'aide de laquelle Rayger prétend avoir guéri un grand nombre d'hémoptysies ; l'*huile d'amandes douces ;* le *miel* (Hoffmann), etc. Il serait facile d'étendre cette liste, mais il n'y aurait aucune utilité.

En ajoutant aux moyens qui viennent d'être indiqués les *précautions générales* (repos, silence, décubitus, etc.) qu'il faut prendre dans tous les cas et qui seront exposées à la fin de cet article, on a le traitement de l'hémoptysie médiocrement abondante. Voyons maintenant ce qu'il faut faire, dans le cas où l'hémoptysie est abondante et grave par elle-même.

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, janv. 1846.
(2) *Annal. univ. di medic.*, mars 1831.
(3) *Annal. di med.;* 1830-31.
(4) *Bull. gén. de thérap.;* 1848.

Hémoptysie très abondante. Lorsque la perte de sang est telle que par elle-même elle inspire des craintes sérieuses pour les jours du malade, ou seulement lorsqu'elle cause une débilité générale et une anémie inquiétante, on met en usage des moyens qui, dans une hémoptysie de médiocre abondance, sont inutiles et pourraient être très dangereux. Nous allons les passer en revue.

1° *Froid.* Comme dans toutes les hémorrhagies abondantes, on a recours à l'action du froid pour arrêter le sang. On a toujours été sobre des applications froides *à l'extérieur ;* on le conçoit facilement quand on songe que le siége du mal est dans les poumons, et que presque tous les sujets ont la *poitrine délicate*, pour me servir d'une expression généralement employée. Cependant Mertens, et après lui Borsieri, ont vivement recommandé les applications *d'eau froide* sur les bras et sur les jarrets. Rivière veut qu'on les fasse sur le scrotum, et plusieurs auteurs ont affirmé qu'ils avaient retiré de bons effets de ces applications faites sur la poitrine même. Pour que ces moyens, et surtout le dernier, soient mis en usage, il faut qu'il y ait un grand danger, car le diagnostic, étant presque toujours incertain, aurait le plus grand tort, si l'on n'y était forcé par l'extrême gravité du mal, d'exposer à l'action d'un froid intense des sujets déjà atteints probablement de phthisie pulmonaire. Quand on veut agir plus vigoureusement, on a recours à la *neige* et à la *glace ;* quelques auteurs ont proposé l'*oxycrat*, mais il n'agit pas autrement que l'eau froide.

Je dois rappeler ici le moyen employé par M. Voillemier (voy. *Épistaxis*, p. 18) contre l'*épistaxis*. On sait que ce chirurgien arrêta une hémorrhagie nasale très abondante en faisant évaporer de l'*éther* sur le front. L'application de ce moyen à l'hémoptysie est des plus simples ; la compresse étant placée sur la poitrine, on y verserait rapidement l'éther. Il est permis de penser que la promptitude avec laquelle l'action réfrigérante se dissipe empêcherait la production des accidents déterminés par l'application prolongée de liquides froids sur le thorax.

A l'intérieur, on administre des *boissons froides*, de la *glace*. Déjà Cœlius Aurelianus, qui faisait aussi usage de ces moyens *à l'extérieur*, avait proclamé leur efficacité. Borsieri est un de ceux qui ont exposé cette partie du traitement avec le plus de soin. Il veut qu'on n'ait recours à l'usage de l'eau froide en boisson que dans les cas où il n'y a aucun signe d'inflammation ni aucune altération des poumons. Je n'ai pas besoin de dire combien ces restrictions rétrécissent pour nous le champ de cette médication active.

TRAITEMENT PAR LES BOISSONS FROIDES (BORSIERI).

Cet auteur prescrivait *toutes les demi-heures, nuit et jour*, 250 à 300 grammes d'eau très froide et frappée de glace. Il n'accordait *aucune espèce d'aliments* pendant la durée de ce traitement, qui était quelquefois de huit jours, et qui ne cessait, dans tous les cas, qu'avec le crachement de sang.

Des fragments de glace, qu'on laisse fondre dans la bouche, remplissent fort bien l'indication.

Acides. Les acides ont commencé à être employés à une époque très reculée. C'est d'abord le *vinaigre* qui a été mis en usage, avec le *suc de citron ;* puis on a prescrit la *limonade sulfurique* ou *hydrochlorique*, et au commencement de ce

siècle, le docteur Henning (1) a cité un cas dans lequel on vit disparaître l'hémoptysie, après l'administration de 10 *à* 12 *gouttes d'acide phosphorique* données toutes les heures pendant une journée.

Je répéterai ici ce que j'ai dit à l'occasion des boissons froides : il faut être prudent dans l'administration des acides. L'acide phosphorique, en particulier, ne me paraît pas devoir être employé avant que de nouvelles expériences aient bien fait connaître son action, qui n'est probablement pas différente de celle des autres acides. Quel que soit au reste celui qu'on emploie, il faut, comme tous les praticiens l'ont recommandé, l'unir à une forte proportion d'une substance qui l'empêche de provoquer la toux, et que j'indiquerai dans les ordonnances.

Moyens divers. C'est principalement dans les hémoptysies abondantes qu'on a conseillé la *ligature des membres;* les *grandes ventouses* du docteur Junod, en attirant vers les extrémités une très grande quantité de sang, auraient les mêmes résultats.

Les médecins des siècles derniers accordaient une grande influence au *régime lacté.* L'un prescrivait du *lait de chèvre*, l'autre du *lait de vache*, etc. ; il est inutile de dire que ce régime agissait comme adoucissant et calmait par là quelques uns des accidents de la phthisie pulmonaire. Il en est de même de la *poudre de limaçons* conseillée par Fernel. Je n'insisterai pas sur ces détails.

Tels sont les moyens qui sont généralement employés, et dont un certain nombre mérite quelque confiance. Reste maintenant à examiner quelques questions importantes relatives à des cas particuliers.

1° *Dans les cas où une hémoptysie paraît remplacer un flux sanguin, quelle doit être la conduite du médecin?* Les auteurs sont d'accord pour recommander de n'employer aucun moyen hémostatique très actif, en pareille circonstance, à moins toutefois que l'hémorrhagie ne soit très abondante ; car alors la perte de sang constitue un accident fort grave. En général, on cherche à rappeler, par des moyens divers, les flux supprimés. Dans l'aménorrhée, on applique des sangsues aux parties génitales ; on expose le bassin à la vapeur de l'eau bouillante ; on emploie les lavements purgatifs, les substances emménagogues, etc. Dans la suppression du flux hémorrhoïdal, les mêmes moyens sont mis en usage ; seulement les sangsues sont appliquées à l'anus ; on introduit dans le rectum un suppositoire avec l'*aloès*, etc. Dans l'épistaxis, on met une ou deux sangsues à l'entrée de la narine ; on prescrit les *sternutatoires.* Il n'est pas rare de voir ces moyens manquer le but qu'on veut atteindre. C'est ce qui est arrivé bien des fois dans les tentatives faites pour le rappel des règles ; et la raison en est bien simple : souvent la suppression des menstrues est, comme l'hémoptysie, un symptôme de la phthisie pulmonaire ; or chacun sait quelles difficultés insurmontables on trouve alors à rappeler le flux sanguin.

2° *Est-il des cas dans lesquels il faut chercher à reproduire l'hémoptysie trop brusquement arrêtée?* J'ai sous les yeux une observation du docteur Loevenhard (2) qui présente de l'intérêt sous le rapport pratique. Chez une femme de quarante-six ans, qui avait déjà eu plusieurs hémoptysies, on administra, dans le cours d'un

(1) *Med. and phys. Journ.*, t. IX, p. 388 ; 1803.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 281.

nouveau crachement de sang, de la *poudre d'alun* dont la dose n'est pas indiquée, et aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta. Alors la dyspnée, qui avait existé dès le début, augmenta considérablement, et la suffocation devint imminente. Un grand nombre de moyens ayant été employés sans succès, le docteur Loevenhard imagina de donner le *soufre doré d'antimoine* à dose vomitive. Le vomissement provoqua la toux, qui détermina à son tour le rejet d'une quantité notable de sang coagulé, et tout rentra dans l'ordre. Quoiqu'un seul fait soit peu concluant, cet exemple ne doit pas être perdu pour le praticien, qui pourra, dans un cas semblable, essayer le même moyen, en remplaçant toutefois le soufre doré d'antimoine par un vomitif plus usité, et principalement par l'émétique.

3° *Est-il des espèces d'hémoptysie auxquelles conviennent plus particulièrement quelques uns des médicaments indiqués plus haut?* Si l'on consulte quelques auteurs, et en particulier J. Frank, il semble qu'on doive avoir un traitement différent pour chacune des nombreuses espèces d'hémoptysie admises par des motifs très divers ; mais je me suis expliqué sur ces minutieuses divisions qui n'ont pas de base solide. Je me bornerai donc à dire que quelques circonstances capitales doivent seules diriger le praticien. S'il s'agit d'une hémoptysie médiocre, sans caractère particulier, de celle, en un mot, qui est la plus fréquente, parce qu'elle est due à la phthisie pulmonaire, des moyens simples, les émollients, les opiacés, quelques astringents suffisent. Dans les cas d'hémoptysie abondante, s'il y a des signes de pléthore, si la congestion vers la poitrine paraît intense, on peut pratiquer la saignée, et si l'écoulement du sang persiste au delà des limites, il faut avoir recours au froid *à l'intérieur* et *à l'extérieur*. Enfin, si l'on avait affaire à une de ces hémorrhagies constitutionnelles, avec pétéchies et ecchymoses sur tout le corps, dans lesquelles les malades rejettent une quantité considérable de sang noir diffluent ou très séreux, les *acides* et les astringents les plus puissants auraient la préférence. Telles sont les seules indications un peu précises qu'on puisse établir ; j'ajoute qu'elles ne sont nullement absolues, et que le médecin, loin de s'astreindre à traiter les divers cas par quelques médicaments déterminés, doit les avoir tous présents à l'esprit, car les circonstances sont très variables.

Résumé; ordonnances. Les considérations précédentes nous conduisent naturellement à indiquer, dans un nombre suffisant d'ordonnances, les médicaments qui conviennent le plus à certains cas déterminés.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE LÉGÈRE.

1° Pour tisane :

℞ Racine de grande consoude. 15 gram. | Eau commune............ 500 gram.

Faites bouillir pendant un quart d'heure.

Ajoutez :

Sirop de coing............................ 30 gram.

A prendre par grands verres.

2° ℞ Extrait d'opium... 0,3 à 0,5 gram. | Conserve de roses......... 0,15 gram.

F. s. a. une pilule, à prendre tous les soirs.

3° Tous les matins, un manuluve sinapisé.

4° Diète lactée.

Ces moyens très simples sont suffisants pour modérer l'hémorrhagie, qui bientôt s'arrête d'elle-même. Si elle résistait, ou si, sans être très abondante, elle était assez considérable pour inspirer quelques inquiétudes, on aurait recours aux moyens suivants :

IIe Ordonnance.

HÉMOPTYSIE REBELLE ET INQUIÉTANTE.

1° Pour boisson :

℞ Acide tartrique cristallisé...	2 gram.	Sucre..................	60 gram.
Oléo-saccharum de citron...	1 gram.	Eau..................	1000 gram.

A prendre par grands verres.

Si la toux était trop forte, il vaudrait mieux prescrire :

℞ Racine de ratanhia.............................. 15 gram.

Faites bouillir pendant vingt minutes dans

Eau.................................... 1000 gram.

Passez et édulcorez avec

Sirop de grande consoude......................... 70 gram.

2° ℞ Extrait de ratanhia en poudre	1,50 gram.	Sirop de coing...............	Q. s.
Conserve de roses rouges...	4 gram.		

Faites dix bols dont on prendra un toutes les deux heures.

On peut aussi prescrire des pilules de tannin (*voy.* p. 302), ou de monésia (p. 303).

3° Appliquer sur les lombes un ou plusieurs sinapismes.

4° Prescrire l'huile de jusquiame de Hartz (*voy.* p. 303), ou la poudre de Fr. Hoffmann (p. 304).

5° Même régime que dans le cas précédent.

Si ces médicaments étaient insuffisants, on pourrait mettre en usage la médication *vomitive* et *diurétique* pour laquelle je ne présenterai pas d'ordonnances, les détails dans lesquels je suis entré me paraissant suffisants. Je me borne aussi à rappeler les *sucs d'herbes astringentes* (*voy.* p. 302) qu'on pourra allier aux médicaments précédents. Voyons maintenant ce qu'il faut prescrire dans les hémoptysies alarmantes.

IIIe Ordonnance.

HÉMOPTYSIE ABONDANTE CHEZ UN SUJET VIGOUREUX.

1° Pour boisson :

℞ Acide sulfurique à 66°.......	5 gram.	Sirop de guimauve...........	80 gram.
Mucilage de gomme arabique..	60 gram.	Eau commune..............	1500 gram.

Mêlez. A boire par grands verres.

2° Une saignée du bras, de trois palettes, ou mieux une saignée d'une palette, répétée le soir et le lendemain s'il est nécessaire.

3° Nombreuses ventouses non scarifiées, appliquées sur les hypochondres et entre les épaules (Fernel).

4° *Dans le cas de suppression d'un flux*, moyens propres à le rappeler.

5° Diète absolue.

IVe Ordonnance.

HÉMOPTYSIE AYANT DÉJA CAUSÉ UNE GRANDE PERTE DE SANG.

1° Donner fréquemment à boire de l'eau glacée, ou faire fondre de la glace dans la bouche.

2° Appliquer sur les parties génitales, sur les aines, les plis du coude, les jarrets, des compresses trempées dans l'eau glacée; ou bien faire vaporiser rapidement de l'éther sur la poitrine.

3° Prescrire le *julep antihémorrhagique* indiqué à l'article *Épistaxis* (*voyez* page 30).

4° Ligatures des membres.

5° ℞ Alun	0,50 gram.	Extrait thébaïque	0,15 gram.
Cachou	1,50 gram.		

Pour 4 pilules, dont on prendra une le matin et une le soir.

6° Pour tout aliment, du bouillon froid.

Ve Ordonnance.

HÉMOPTYSIE AVEC PÉTÉCHIES ET ECCHYMOSES.

1° Limonade sulfurique, *ut suprà*.

2° *Julep antihémorrhagique*.

3° Quinquina gris en poudre	10 gram.	Sirop de grande consoude	Q. s.
Extrait de ratanhia pulvérisé	1,50 gram.		

Faites des bols de 50 centigrammes, à prendre quatre le matin et quatre le soir.

4° L'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, comme dans le cas précédent.

5° Manuluves et pédiluves sinapisés.

6° Bouillon froid.

Dans le cas particulier pour lequel est faite cette ordonnance, il faut insister principalement sur l'emploi des acides.

Tel est le traitement de cette hémorrhagie si effrayante pour les malades. Je n'ai point parlé du traitement de l'hémoptysie intermittente, parce que les faits de ce genre qui ont été mentionnés ne m'ont pas paru suffisamment nombreux. Si cette hémorrhagie présentait une intermittence régulière se rapprochant d'un des types connus, on devrait lui appliquer *le traitement des fièvres intermittentes*, qu'il est inutile d'indiquer ici. Restent maintenant des précautions à prendre qui s'appliquent à tous les cas, et que je vais réunir ici.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES DANS LES CAS D'HÉMOPTYSIE.

1° Le médecin ne laissera voir sur son visage aucun signe d'inquiétude ; il montrera au contraire la plus grande confiance, afin de relever le moral abattu du malade.

2° Celui-ci, débarrassé de tout vêtement, sera placé dans un lit de manière à ce que la tête soit notablement plus élevée que le tronc.

3° La température de la chambre sera maintenue à un degré peu élevé.

4° On préviendra tout mouvement qui ne sera pas indispensable. On favorisera la défécation par des laxatifs.

5° Le silence le plus absolu sera recommandé; on engagera le malade à ne pas céder trop facilement à l'envie de tousser.

6° On éloignera toute cause d'émotion morale.

7° On prolongera pendant quelques jours le régime sévère auquel on aura soumis le malade pendant l'hémoptysie.

Traitement prophylactique. Plusieurs auteurs anciens, et entre autres Rivière (1) et Ludwig, se sont étendus sur les moyens prophylactiques, qui consistent principalement dans l'emploi de quelques légers purgatifs, principalement de la rhubarbe, d'un exutoire permanent et d'une tisane rafraîchissante. Il suffit de cette indication, car rien ne prouve que ces moyens aient eu l'effet que l'on en attendait.

Régime. Borsieri est entré dans de grands détails au sujet du régime et de la manière de vivre. Il recommande principalement le laitage, les farineux, les parties gélatineuses des animaux (les pieds de veau, etc.). Il prescrit aussi le changement d'air, l'exercice à cheval et en voiture ; enfin il recommande de tenir le ventre libre, et de pratiquer une saignée proportionnée à la force du sujet, environ tous les trois mois. La plupart de ces moyens sont généralement mis en usage.

Tel est le traitement de cette hémorrhagie; il a besoin, de même que l'étiologie et le diagnostic, d'être étudié avec plus de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Espérons que cet appel sera entendu, car c'est, je le répète, un beau sujet d'étude pour les observateurs, que cette affection si fréquente et d'un pronostic si grave.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Hémoptysie légère.* Faibles évacuations sanguines ; ventouses non scarifiées ; vésicatoire, sinapismes ; astringents ; narcotiques ; vomitifs ; laxatifs ; diurétiques ; potion de Chopart. Si l'hémoptysie présente un caractère périodique, employer le traitement des fièvres intermittentes.

2° *Hémoptysie abondante.* Employer les moyens précédents ; plus, l'action du froid à l'intérieur et à l'extérieur ; les acides ; la ligature des membres.

(1) *Prax. med.*, lib. VII, cap. VI, p. 110.

ARTICLE II.

BRONCHITE AIGUË.

Avant d'aborder l'histoire de la bronchite aiguë, je crois devoir dire quelques mots de la bronchite en général, et exposer les raisons qui m'ont fait adopter une division un peu différente de celles qui ont été proposées par les auteurs. C'est le seul moyen de bien déterminer le sujet que je vais traiter.

La bronchite, comme toutes les affections qui occupent les voies respiratoires, a, pendant bien longtemps, été confondue avec plusieurs autres maladies; c'est pourquoi Laënnec a pu dire avec raison (1) que, malgré sa fréquence, elle est moins bien connue que beaucoup de maladies rares. Mais dans ces dernières années, et grâce surtout aux travaux de l'illustre médecin que je viens de citer, l'histoire de la bronchite a acquis un degré de précision jusqu'alors inconnu. Ce n'est pas toutefois que nous possédions un très grand nombre d'observations de bronchite aiguë simple; mais cette maladie est si fréquente, et les symptômes en ont été si souvent observés avec soin, qu'à quelques nuances près, la maladie est connue dans ses plus petits détails.

Les anciens, sous le nom de *toux* et de *catarrhe*, décrivaient toutes les espèces de bronchite; mais dans le dernier siècle on a établi un certain nombre de divisions qui ne sont pas toutes généralement admises, et dont j'indiquerai seulement les principales. Sauvages (2) n'admet que trois divisions principales. La première a pour titre *Rheuma catarrhale* : c'est le rhume proprement dit. La seconde est intitulée *Rheuma epidemicum* : c'est, à proprement parler, la *grippe* ; et enfin, sous le titre d'*Anachatarsis*, cet auteur comprend les divers flux bronchiques, parmi lesquels se trouve la *bronchorrhée*, dont on fait encore aujourd'hui une espèce particulière.

Laënnec, après avoir, dans sa première édition, divisé simplement cette maladie en catarrhe aigu et catarrhe chronique, a, plus tard, adopté des divisions plus multipliées. Ainsi, pour lui, il y a : 1° un *catarrhe muqueux aigu ;* 2° un *catarrhe muqueux chronique ;* 3° un *catarrhe pituiteux*, qui n'est autre chose que la bronchorrhée ; 4° un *catarrhe sec ;* 5° un *catarrhe convulsif*, nom sous lequel il désigne la coqueluche; 6° un *catarrhe symptomatique*, et 7° enfin un *catarrhe suffocant.*

Cette division de Laënnec me paraît essentiellement vicieuse. La prédominance de tel ou tel symptôme suffisant à cet auteur pour faire des espèces particulières, il en résulte des divisions inutiles, et, ce qui est bien plus grave, la réunion, sous le même titre, de maladies qui ont des caractères essentiels très distincts, comme la coqueluche et la simple bronchite.

Dans les autres traités généraux, on s'est borné à diviser la bronchite en bronchite aiguë qui comprend la bronchite épidémique, en bronchite chronique et en bronchorrhée. Je crois, d'après les faits, devoir adopter une division un peu différente.

(1) *Traité de l'auscul. méd.*, t. I, p. 126, 3e édit.
(2) *Nos. meth.*; Amst., 1768, t. I, p. 686.

Après avoir parcouru attentivement les observations les mieux faites, j'ai vu qu'il y avait : 1° une *bronchite simple*, plus ou moins aiguë, plus ou moins étendue, et dans laquelle on doit comprendre le *catarrhe suffocant aigu*, autrement connu sous le nom de *bronchite capillaire générale*, et la *bronchorrhée aiguë*, qui n'a rien de particulier que l'abondance du liquide excrété, comme je le ferai voir à l'occasion du diagnostic ; 2° une *bronchite chronique*, nom sous lequel je réunis la bronchite proprement dite, le catarrhe sec de Laënnec et la bronchorrhée chronique ; 3° la *bronchite pseudo-membraneuse*, à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de *croup bronchique*.

Telles sont les trois seules divisions qui me paraissent devoir être admises. Quant au *catarrhe asthénique* décrit par les auteurs anglais, le diagnostic ne me paraît pas assez bien établi pour qu'on soit parfaitement convaincu que cette maladie, qui, d'après ces auteurs, ne sévit que chez les enfants très jeunes et chez les vieillards, soit une simple bronchite et non une pneumonie.

C'est à la première des trois espèces que je viens d'indiquer, c'est-à-dire à la *bronchite aiguë simple*, que cet article est exclusivement consacré.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La bronchite aiguë est l'inflammation simple de la membrane muqueuse des bronches. Les anciens pensaient, et Laënnec a défendu cette opinion, que le *catarrhe pulmonaire*, nom sous lequel ils désignaient généralement cette maladie, tenait le milieu entre une simple congestion et l'inflammation proprement dite ; pour plusieurs même, il n'était autre chose qu'un *simple flux*. Depuis longtemps l'anatomie pathologique a fait justice des idées qui faisaient descendre les humeurs du cerveau dans les divers organes, d'où elles s'échappaient ensuite en formant les divers flux catarrhaux ; mais quelques médecins admettent encore l'opinion de Laënnec, qui cependant ne saurait résister, comme on le verra plus loin, à l'étude des symptômes et de l'anatomie pathologique.

Les noms principaux sous lesquels cette maladie est connue sont les suivants : *rhume de poitrine ; catarrhe pulmonaire ; fièvre catarrhale ; destillatio pectoris, catarrhus*, etc. Le nom de *bronchite* est généralement employé aujourd'hui, et mérite d'être conservé comme exprimant la nature de la maladie, dont il indique le siége.

La *fréquence* de cette affection est, comme chacun sait, très grande. Il est rare, en effet, qu'on n'en soit pas atteint au moins une fois chaque année, et très fréquemment elle se présente sous forme épidémique. Il est inutile d'insister davantage sur un fait aussi connu.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Comme toutes les inflammations superficielles des voies respiratoires, la bronchite aiguë paraît n'avoir besoin, pour se développer, que d'une très faible prédisposition. Tous les *âges* y sont sujets. J. Frank prétend que les enfants, les adolescents et les vieillards y sont les plus exposés. Peut-être que la plus grande gravité de la bronchite, à ces différents âges, attire plus particulièrement l'attention.

Cet auteur met encore au nombre des causes prédisposantes le *sexe féminin*, la *vie sédentaire*, la *convalescence*, les *maladies graves*, l'*épuisement*; mais le degré réel d'influence de ces causes n'est pas parfaitement déterminé. Wintringham (1) prétend que les individus *mutilés* sont, plus souvent que les autres, affectés de cette maladie; c'est là une assertion singulière qui manque de preuves.

Les *saisons* les plus favorables au développement de la bronchite aiguë sont le commencement du printemps et de l'automne. C'est alors principalement qu'elle se présente sous forme épidémique.

Telles sont les seules causes prédisposantes qui méritent d'arrêter notre attention.

2° Causes occasionnelles.

Nous ne possédons pas de travail bien précis sur les causes qui peuvent déterminer la bronchite aiguë. On admet généralement que l'*impression du froid*, surtout lorsque le corps est en sueur, l'action du *froid humide sur la tête* et *sur les pieds*, le *passage du chaud au froid*, la *suppression* trop prompte des *vêtements d'hiver*, sont les principales causes occasionnelles de cette maladie. « Cependant, dit Laennec (2), le passage un peu brusque d'une température froide à une température plus douce produit, surtout au commencement du printemps, un grand nombre de rhumes. » On se demande si cette observation de Laënnec est bien exacte, et si une simple coïncidence entre le début de la maladie et le passage du froid au chaud ne lui en aurait pas imposé. Une *irritation directe* sur la membrane muqueuse par des vapeurs âcres, comme celles du chlore et des acides, peut aussi déterminer la bronchite; mais, comme le fait remarquer Laënnec, l'inflammation est généralement alors légère et de courte dure.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont très différents sous le rapport de leur intensité, et les soins à donner aux malades ne diffèrent pas moins, suivant que la bronchite est *légère* et *apyrétique* ou *grave* et *accompagnée de fièvre*. Lorsqu'elle occupe une *très grande étendue*, elle constitue une maladie très redoutable et dont les signes sont effrayants. Ces raisons m'engagent à décrire séparément : 1° la bronchite légère et apyrétique ; 2° la bronchite intense fébrile ; 3° la bronchite capillaire générale.

1° *Bronchite légère*. Cette affection, qui tantôt succède à un coryza peu intense, et tantôt attaque d'emblée les bronches, s'annonce d'abord par une légère *irritation* dans le larynx et la trachée, ou simplement à la racine des bronches. Bientôt cette irritation provoque la *toux*, qui à son tour augmente l'irritation locale. Il s'y joint, au bout d'un temps ordinairement fort court, une *oppression* légère, un sentiment de *constriction* derrière le sternum, et enfin une légère *difficulté de la respiration*.

A cette époque, la toux est encore sèche, et les malades font, pour détacher le corps étranger qui leur paraît fixé dans les bronches, des efforts assez grands, mais sans résultat. Après douze ou vingt-quatre heures de cet état plus ou moins pénible, la toux, toujours provoquée d'une manière irrésistible par les *titillations*, dé-

(1) *De morb. quibusd. comment.*; Lond., 1782.
(2) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 138.

termine l'*excrétion* d'une petite quantité de sérosité légèrement salée et filante. Bientôt après, les malades rejettent quelques petits crachats irréguliers, nacrés, et, comme l'a remarqué Laënnec, ordinairement teints de matière noire pulmonaire. Enfin, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, la toux devient plus facile, moins irrésistible ; elle n'occasionne plus de déchirements dans les bronches, et détache avec facilité des crachats opaques, jaunâtres, non aérés, non striés, évidemment muqueux. Il se passe, en un mot, dans la profondeur de la poitrine, les mêmes phénomènes que nous avons pu suivre de l'œil dans l'inflammation de la membrane pituitaire.

Pendant l'existence de tous ces symptômes, les autres fonctions ne sont nullement troublées. Le malade continue de vaquer à ses affaires ; il conserve son appétit ; il ne présente aucun symptôme de fièvre ; il est, sous tous les autres rapports, dans un état parfait de santé. Cependant on remarque fréquemment qu'après les repas, après l'ingestion de boissons froides et de mets irritants, la toux devient momentanément plus fréquente, la douleur et l'oppression augmentent, ainsi que l'excrétion des crachats. Quelques sujets éprouvent aussi, sans avoir un mouvement fébrile bien marqué, une sensibilité plus grande qu'à l'ordinaire à l'action du froid.

2° *Bronchite intense, fébrile.* Comme la précédente, elle peut faire suite à un coryza aigu, ou débuter d'emblée par la poitrine. Dans le premier cas, on remarque, au moment où les symptômes du coryza commencent à diminuer, un léger embarras, une faible irritation dans le larynx, la trachée et même le pharynx ; ce que l'on reconnaît à un peu de raucité, à la douleur fixée à la partie antérieure du cou, à une légère difficulté dans la déglutition : symptômes qui peuvent persister plus ou moins longtemps dans le cours de la maladie. Parfois cependant le larynx, la trachée et le pharynx ne présentent rien de remarquable, et l'irritation se fait tout d'abord sentir à la racine des bronches.

Bientôt ces symptômes augmentent avec rapidité. La *douleur* derrière le sternum, la *toux* et l'*oppression* se déclarent, et la maladie est confirmée. La *fièvre*, dont l'intensité est très variable, tantôt précède les symptômes qui viennent d'être indiqués, et tantôt ne se manifeste qu'au bout d'un certain temps de leur durée, ce qui établit une très grande différence dans les divers cas.

1° *Symptômes locaux.* La *douleur* derrière le sternum est le premier symptôme qui se manifeste. Elle n'acquiert pas d'abord son plus haut degré d'intensité, et consiste souvent, dans les premiers moments, en un simple sentiment de gêne ou de tension ; mais en quelques heures elle fait des progrès sensibles, et devient parfois déchirante dans les efforts de toux. Son siége est ordinairement limité à la région moyenne du sternum ; mais quelquefois, et surtout chez les sujets très sensibles, on la voit s'irradier aux parties latérales de la poitrine et même au dos, ainsi que l'a constaté J. Frank. J'ai vu des symptômes de névralgie intercostale se manifester chez les personnes sujettes à cette maladie, et simuler le point de côté de la pneumonie. Je reviendrai sur ce sujet à l'occasion du diagnostic. Assez fréquemment, la douleur sous-sternale remonte jusqu'à la partie supérieure de la trachée et au larynx, ou elle consiste surtout en picotements qui provoquent la toux d'une manière irrésistible, en même temps qu'il se déclare une *sécheresse* notable de la trachée et des bronches, mêlée d'un pénible sentiment d'*ardeur*.

La *toux*, incessamment provoquée par les titillations qui existent dans les grosses bronches, est sèche, pénible, et détermine de violents efforts de la part du malade, comme pour chasser un corps étranger contenu dans la poitrine. Elle a lieu d'une manière continue, mais elle n'a pas la même fréquence à toutes les heures de la journée ; elle est ordinairement plus forte le matin et le soir. Lorsque la bronchite est très intense, elle cause souvent l'insomnie. Chaque effort de toux augmente considérablement la douleur sous-sternale : aussi les malades s'efforcent-ils parfois de résister au besoin de tousser. Ils y parviennent pendant un certain temps ; mais enfin ce besoin devient tellement impérieux, que la toux éclate malgré eux. Lorsqu'elle est très forte, elle peut déterminer des vomissements, soit par la contraction forcée du pharynx, soit par le passage difficile des crachats dans cette partie, soit par la simple contraction du diaphragme. En même temps la *respiration* devient difficile, pénible ; il semble que l'air ne peut pas pénétrer au delà des grosses bronches. Les parois de la poitrine sont plus fortement soulevées qu'à l'ordinaire, et la respiration se fait d'une manière bruyante. Ces phénomènes ont lieu principalement lorsqu'à la suite d'un coryza un peu intense il y a enchifrènement, et que le malade est obligé de respirer par la bouche ; alors aussi l'air arrivant dans les grosses bronches plus directement et avec plus de force, les titillations de la trachée sont notablement augmentées, et le besoin de tousser devient plus violent. Ces espèces de redoublements des symptômes locaux ont lieu principalement le soir.

Les *crachats*, à l'époque de la maladie que je décris, sont, comme dans la bronchite légère, d'abord nuls, puis simplement séreux et filants. Les grands efforts de la toux, qui paraissent au malade devoir le débarrasser, n'amènent pas d'autres résultats, ce qui l'engage à redoubler d'efforts, mais encore inutilement ; enfin, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, on commence à apercevoir, au milieu du liquide séreux, de petits noyaux opalins qui annoncent la formation des crachats.

Les symptômes que je viens de décrire, après avoir duré deux ou trois jours, et quelquefois plus longtemps, se modifient de la manière suivante : la douleur de la poitrine s'apaise et ne reprend que par moments sa première intensité ; mais il n'est pas rare de voir survenir à la base du thorax, dans les points correspondants aux attaches du diaphragme, une douleur contusive, augmentant considérablement dans les efforts de la toux. Cette douleur est principalement produite par les contractions brusques, violentes et fréquemment répétées des muscles ; néanmoins il faut remarquer qu'elle est en général d'autant plus vive et se manifeste d'autant plus tôt que la fièvre est plus intense.

La toux devient plus facile, plus grasse, et le malade sent manifestement que la matière de l'expectoration se détache avec plus de facilité.

La respiration est moins anxieuse, l'oppression moins grande, et le soulagement est surtout notable après l'expectoration.

Les crachats sont volumineux, opaques, jaunes, jaunes-verdâtres ou d'un blanc sale ; ils sont lourds, gagnent le fond du vase quand on les met dans l'eau, ne sont pas aérés, ou ne présentent que quelques bulles d'air. Quelquefois ils nagent dans un liquide transparent ; d'autres fois, ils paraissent se mêler à une petite quantité de salive battue. Ils perdent alors le goût salé, et prennent un goût fade.

L'*auscultation* a fourni de précieux moyens pour reconnaître certains symptômes locaux dont je n'ai point encore parlé. Ces symptômes ont reçu de Laënnec le nom de *signes pathognomoniques* du catarrhe pulmonaire. Lorsque l'inflammation n'atteint que les grosses divisions des bronches, ce qui n'est pas le cas le plus fréquent dans la bronchite fébrile, on n'entend d'abord qu'un *râle sonore grave*, ou un *râle sibilant*, vers la partie moyenne et postérieure de la poitrine; puis ce râle semble s'irradier, mais sans jamais paraître très superficiel ailleurs qu'au niveau des racines des bronches. Lorsque les mucosités se détachent avec plus de facilité, on entend des *râles muqueux*, à bulles grosses et irrégulières dans les points où existait le râle sonore sibilant. Si l'inflammation atteint une partie des extrémités des bronches, l'auscultation fait reconnaître l'existence du *râle sous-crépitant*, dont le siége est fixé à la partie postérieure et inférieure de la poitrine. Ce râle occupe en général une étendue d'autant plus considérable que la maladie est plus intense; lorsqu'il envahit la presque totalité de la poitrine, la bronchite est d'une gravité telle que j'ai cru devoir, comme je l'ai déjà dit, consacrer un article particulier à cette forme redoutable. C'est presque toujours de bas en haut que se propage le râle sous-crépitant. Il occupe en même temps les deux côtés de la poitrine, ce qui est très important pour le diagnostic. Il envahit ordinairement une plus grande étendue d'un côté que de l'autre, et presque toujours du côté droit.

La *percussion* ne donne que des résultats négatifs, mais qui n'en sont pas moins précieux pour le diagnostic. La poitrine conserve, dans tout le cours de la maladie, sa sonorité normale, à moins de complication.

2° *Symptômes généraux*. Lorsque la *fièvre* précède l'apparition des symptômes locaux, la maladie est annoncée par des frissons vagues et légers; quelques bouffées irrégulières de chaleur, une sensibilité plus grande aux variations de température. Il survient, le soir, un redoublement plus ou moins marqué ; on observe alors une chaleur intense, parfois accompagnée de sueur. Dans les observations rapportées par M. Bouillaud (1), on voit que le pouls peut s'élever jusqu'à cent huit pulsations; il est dur, plein et résistant.

Lorsqu'au contraire la fièvre suit l'apparition des premiers symptômes locaux, les phénomènes qui viennent d'être indiqués se manifestent avec beaucoup moins d'intensité. Le plus souvent il n'y a qu'une sensibilité anormale à l'impression du froid, et un petit mouvement fébrile survenant le soir, en même temps qu'une augmentation plus ou moins marquée des symptômes pectoraux.

L'*appétit* est toujours diminué, et quelquefois complétement perdu. Dans ce dernier cas, on constate aussi une *soif* plus ou moins vive. La langue est blanchâtre, pâteuse, souple, humide. On n'a pas mentionné de vomissements ou de nausées indépendamment des efforts de toux : c'est cependant ce que l'on observe quelquefois chez les enfants très jeunes. Il existe souvent une légère constipation, et quelquefois, au contraire, un peu de diarrhée. Quand ce dernier symptôme se manifeste, une partie des membranes muqueuses de l'économie est affectée; ce qui a fait donner aux cas de ce genre le nom de *fièvre catarrhale*.

Enfin Laënnec a remarqué chez certains sujets une *ardeur insolite des urines* qui étaient sédimenteuses, et des *pollutions nocturnes*, phénomènes qui indiquent

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1837, t. II, p. 327.

un certain degré d'irritation de la vessie et du canal de l'urètre; mais ce sont là des symptômes accessoires et exceptionnels.

Tels sont les symptômes de la bronchite aiguë d'une médiocre étendue. Il ne me reste plus maintenant à parler que de la forme à laquelle on a donné le nom de *bronchorrhée aiguë*, et de la *bronchite* générale.

Bronchorrhée aiguë. En examinant avec soin les observations de la bronchorrhée aiguë, on ne tarde pas à se convaincre que cette maladie ne diffère en rien de la bronchite, si ce n'est par l'abondance de la matière excrétée. Dans l'une et l'autre, en effet, nous trouvons la douleur sous-sternale, l'oppression, la toux, et à l'ouverture des sujets, on constate des signes non équivoques d'inflammation des bronches. Il ne faudrait peut-être faire une exception que pour les cas semblables à celui qui a été rapporté par M. Andral (1), et dans lequel un sujet affecté d'un hydrothorax symptomatique et d'un anévrysme du cœur, étant pris tout à coup d'une anxiété extrême et d'une gêne très grande de la respiration, rejeta une quantité énorme de crachats séreux, semblables à du blanc d'œuf cru.

« Ce flux extraordinaire, dit M. Andral, persista pendant quelques heures; le lendemain matin la respiration était facile, le malade se félicitait de son état, disant qu'il était délivré du poids énorme qui pesait sur sa poitrine; mais quel fut notre étonnement, lorsqu'en percutant le thorax, nous trouvâmes que la matité du côté droit avait complétement disparu! » On devrait, dis-je, reconnaître, avec M. Andral, que cette expectoration est le résultat d'un simple flux et non d'une inflammation, s'il était bien démontré qu'il n'y a pas eu communication entre la cavité de la plèvre et les canaux bronchiques. Je fais cette réflexion, parce que les cas dans lesquels les communications de ce genre ont eu lieu et ont produit l'évacuation du liquide contenu dans les plèvres ne sont pas aujourd'hui très rares; j'en citerai, en effet, plusieurs dans l'histoire de la *pleurésie*. Quant aux cas désignés sous le nom d'*asphyxie par écume bronchique*, il est facile de voir, en lisant les observations, qu'il s'agit de bronchites complicantes, survenues vers la fin d'autres maladies et alors que les malades ne peuvent plus expectorer.

Il suit donc de ce qui précède : 1° que, dans le plus grand nombre des cas, les faits cités comme des bronchorrhées aiguës sont de simples bronchites avec sécrétion plus abondante qu'à l'ordinaire, et auxquelles on peut, si l'on veut, donner le nom de *bronchite bronchorrhéique*, comme l'a fait M. Bouillaud; 2° que, dans les cas où il n'existait pas d'inflammation, on n'a pu connaître, d'une manière bien positive, la véritable source du liquide.

Parfois la bronchite bronchorrhéique se présente sous forme d'accès éloignés, ainsi que Laënnec (*loc. cit.*, p. 154) en a rapporté un exemple d'après Robert Bree. Le sujet de l'observation est une femme qui fut prise tout à coup d'une oppression avec anxiété extrême, et d'une toux peu forte, mais continue, qui lui fit rendre une énorme quantité de sérum écumeux. Au bout de quelques heures, l'accident cessa. Un mois après, nouvel accès beaucoup plus violent; invasion subite après un sommeil tranquille, suffocation imminente, perte de connaissance, lividité de la face, refroidissement des extrémités, pouls insensible, toux violente et convulsive pendant laquelle la malade rejeta quatre pintes de sérum écumeux,

(1) *Cliniq. médic.*, t. III, obs. XVIII°, p. 247, 3° édit.

légèrement teint de sang. On trouve dans les recueils de médecine quelques cas de ce genre, qui néanmoins doivent être considérés comme des exceptions rares.

BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.

Cette forme de la maladie, qui, par l'intensité de ses symptômes et par sa gravité, mérite une description particulière, a été, sous des noms assez divers, l'objet d'un grand nombre de recherches; mais on peut dire qu'elle n'a commencé à être bien connue que dans ces derniers temps. Sous les noms de *peripneumonia notha*, *exanthematica*, *catarrhalis*, *catarrhus suffocativus*, *catarrhe suffocant*, plusieurs auteurs, tels que Sydenham, Sauvages, Morgagni, Cullen, Lieutaud, ont décrit, à n'en pas douter, des cas de bronchite capillaire générale; mais n'ont-ils pas aussi décrit d'autres affections du poumon, et en particulier de véritables pneumonies, que leurs moyens d'exploration ne leur permettaient pas de reconnaître? Laënnec a conservé à cette forme de la bronchite le nom de *catarrhe suffocant*, et en a tracé une description intéressante, quoique incomplète.

Plusieurs auteurs anglais, parmi lesquels il faut citer particulièrement MM. Ch. Badham (1), Elliotson (2), et James Copland (3), ont donné le nom de *bronchite asthénique* à la maladie désignée par les expressions de *peripneumonia notha* et de *catarrhe suffocant*. Dans ces derniers temps, M. Fauvel (4) a décrit à la fois, sous le nom de *bronchite capillaire purulente et pseudo-membraneuse*, l'inflammation pure et simple qui s'étend à la presque totalité de l'arbre bronchique, et celle qui donne lieu à la formation de fausses membranes. Quant à moi, je crois devoir réserver pour un article particulier la *bronchite pseudo-membraneuse* ou croup bronchique, et tracer ici rapidement l'histoire de la bronchite capillaire générale, qui n'est autre chose qu'une bronchite simple rapidement étendue à la plus grande partie des extrémités des bronches.

Les *enfants* y sont principalement sujets. D'après les auteurs anglais, elle affecterait aussi très fréquemment les *vieillards;* mais des observations concluantes nous manquent pour fixer notre opinion à cet égard. Un service de deux ans, fait à la Salpêtrière, m'a convaincu qu'on pouvait aisément se laisser induire en erreur par de véritables pneumonies, dont les phénomènes stéthoscopiques ne sont pas parfaitement positifs à toutes les époques de la maladie. Néanmoins j'ai vu trois cas de bronchite générale chez des vieilles femmes; mais il faut remarquer que ces malades étaient très sujettes à des rhumes intenses, et qu'elles avaient un emphysème pulmonaire très prononcé. Les *adultes* ne sont pas exempts de cette affection, comme le prouve une observation extrêmement intéressante de M. Fauvel (5), et dont le sujet était un adulte fort et vigoureux. J'ai vu un cas à peu près semblable chez une femme de trente-sept ans, affectée d'hystérie et d'emphysème pulmonaire (6). M. Chambert (7) a cité aussi des cas observés chez les adultes. Il s'agissait, selon

(1) *An essay on bronch.* (*Lond. med. Repos.*, t. IV, p. 63; 1816).

(2) *Lectur. on the theor.*, etc. (*The Lond. med. Gaz.*, t. XII, p. 97; 1833).

(3) *Dict. of pract. med.*, part. I, p. 246.

(4) *Rech. sur la bronch. capill.*, etc.; Thèse, Paris, 1840.

(5) *Archives de médecine*, 3ᵉ série, 1841, t. X, p. 260.

(6) Depuis lors j'en ai observé des cas nombreux, et j'ai publié, à ce sujet (*Bull. gén. de thér.*, avril 1847), un travail que j'aurai à citer plus loin.

(7) *Gaz. méd.*, juillet 1845; *Mém. sur la bronch. cap. et sur son trait. par l'émét. à doses réfractées*, juillet 1845.

toute apparence, de bronchites chez des emphysémateux; car on continuait l'alimentation, ce qu'on n'aurait assurément pas fait dans des cas de bronchite capillaire générale primitive et fébrile.

Les causes qui déterminent cette affection ne diffèrent pas des causes de la bronchite précédemment décrite; seulement, par une disposition qui nous est inconnue, une beaucoup plus grande étendue de l'arbre bronchique se trouve rapidement envahie, et de là vient la gravité des symptômes, ainsi que le danger.

En général, la maladie *débute* comme un simple rhume d'une intensité variable; l'oppression, la douleur sous-sternale, la fièvre, l'inappétence, la céphalalgie, avec une toux fréquente, douloureuse, et une expectoration difficile, voilà les symptômes qui se montrent au début. On peut alors constater, à la partie postérieure et inférieure de la poitrine et des deux côtés, comme dans la bronchite de médiocre intensité, du râle sous-crépitant qui ne s'étend qu'au tiers ou à la moitié de la hauteur du thorax. Mais bientôt tous ces symptômes prennent une intensité insolite, et voici l'état que présentent les malades :

Facies pâle, teinte violacée des lèvres, yeux saillants; expression d'une vive anxiété; dilatation des narines à chaque inspiration; agitation, changements fréquents de position. Les enfants les plus âgés et les adultes se mettent à leur séant, et penchent la tête en avant, ou la soulèvent en s'appuyant sur le coude. *Anhélation*, dilatation énergique du thorax, respiration par moments bruyante et stertoreuse, plus tranquille après l'expectoration. *Toux* violente, humide, revenant souvent par quintes, mais sans caractère particulier.

Chez les très jeunes enfants, pas d'expectoration; chez les autres, *expectoration* difficile d'une matière plus ou moins épaisse, non aérée, d'un blanc jaunâtre et de mucosités filantes, parfois mousseuses et striées de sang.

Voix non altérée, parole brève et saccadée. *Douleur* déchirante sous le sternum; oppression extrême. Pouls accéléré, variant chez les enfants observés par M. Fauvel, de 124 à 160 pulsations.

Les autres symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été décrits à propos de la bronchite médiocrement étendue.

Au bout d'un temps plus ou moins long, les forces venant à s'épuiser, la toux devient moins vigoureuse et l'expectoration plus difficile. La respiration est plus embarrassée et toujours stertoreuse. La face s'injecte fortement, ainsi que les conjonctives. Expression de terreur profonde, position bizarre pour éviter le décubitus dorsal. Les sujets se courbent en avant, se couchent à plat ventre, laissent pendre leur tête hors du lit, ou cherchent à s'élancer au-devant de l'air qui leur manque. Le pouls devient misérable, augmente de fréquence, et quelquefois ne peut être compté. Sécheresse de la peau, alternant avec la sueur. Somnolence habituelle, interrompue par des exacerbations momentanées, que déterminent une quinte de toux, l'action de boire ou l'expectoration. Quelquefois on observe un peu de délire et d'agitation la nuit, et la mort ne tarde pas à survenir.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit, après plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, la fièvre cesser peu à peu; l'expectoration devient facile et abondante; l'oppression se dissipe, et le malade marche rapidement à la convalescence.

L'*auscultation* fait reconnaître dans la poitrine l'existence de râles très nombreux

et extrêmement étendus : d'abord, c'est presque toujours un râle sous-crépitant sec, quelquefois très fin, disséminé dans toutes les parties du thorax, plus gros et plus humide vers la racine des bronches. Plus tard, on entend un râle muqueux à grosses bulles, du râle ronflant, sibilant, et une sorte de raclement qui indique la difficulté avec laquelle l'air traverse les canaux bronchiques.

Laënnec a indiqué comme un bon signe la sensation du mouvement des mucosités qui remplissent les bronches, et qu'on reconnaît plus souvent par l'application de la main, dans le catarrhe suffocant, que dans toute autre espèce.

La *percussion* donne des résultats négatifs, ou bien elle fait connaître une exagération de la sonorité de la poitrine. Suivant Laënnec, il y aurait, aux approches de la mort, une diminution du son à la base du thorax, signe qui indique la congestion séreuse ou sanguine des poumons. C'est probablement dans le catarrhe suffocant, observé chez des sujets attaqués d'œdème du poumon ou de quelque autre maladie mortelle, qu'il a constaté ce phénomène ; mais je n'ai pas fait entrer ces deux espèces dans ma description, car, dans ces cas, la bronchite est une simple complication.

Si l'on a suivi avec soin cette description, on reconnaîtra facilement que toutes les particularités qu'elle présente sont dues uniquement à la grande étendue de l'inflammation. Ce sont, en effet, uniquement des signes d'asphyxie causés par la difficulté de l'hématose, produite elle-même par l'obstruction de tous les conduits aériens, et par l'impossibilité dans laquelle se trouve l'air de se mettre en contact avec la muqueuse, à travers une couche de matière épaisse et collante. Il n'est pas besoin, pour expliquer ces phénomènes, d'admettre, comme Laënnec semblerait porté à le faire, « une paralysie de quelques unes des puissances qui, dans l'état naturel, produisent l'excrétion du mucus pulmonaire. » On a vu, au contraire, avec quelle énergie agissent ces puissances, jusqu'à ce que les forces soient abattues par les progrès croissants de l'asphyxie. Pour les mêmes raisons, on ne saurait admettre la nature asthénique de cette bronchite, qui donne lieu à de si violents phénomènes de réaction. Si les enfants, les vieillards et les sujets affectés d'une fièvre exanthémateuse y sont plus sujets que les autres, c'est que, dans toutes ces circonstances, les inflammations ont une plus grande tendance à se produire et à s'étendre rapidement. Laënnec (*loc. cit.*) a dit avec raison : « Le catarrhe suffocant n'est pas une maladie particulière, mais un accident qui peut arriver dans plusieurs cas divers. »

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la *bronchite légère* est ordinairement très rapide. Cette affection disparaît fréquemment au bout de trois ou quatre jours.

La *bronchite fébrile* a également une marche aiguë, mais sa durée est plus longue et plus variable. Elle peut être de deux semaines, et même de plus d'un mois. Quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer Broussais, par suite de la négligence de toute espèce de soins, il y a plusieurs attaques successives qui en prolongent la durée. En pareil cas, on constate fréquemment que la première attaque est plus intense que les suivantes. Celles-ci sont annoncées par une exaspération de la douleur et par la suppression de l'expectoration, auparavant facile. MM. Chomel et Blache (1) reconnaissent à cette affection trois *périodes* distinctes. La *première* est

(1) *Dict. de méd.*, t. VI, 1843, art. BRONCHITE AIGUË.

caractérisée par la douleur et l'expectoration d'un liquide transparent; la *seconde*, par l'humidité de la toux et une plus grande consistance des crachats, et la *troisième* par l'opacité de ces crachats et la diminution des autres symptômes. C'est alors, suivant ces auteurs, que l'urine devient plus abondante et sédimenteuse, et qu'il survient quelquefois une légère diarrhée. Ces périodes ne sont pas toujours, à beaucoup près, aussi tranchées; parfois on voit, sous l'influence de causes très diverses, les phénomènes de la première se reproduire dans le cours des deux autres. C'est surtout après les repas, et le soir, que se manifestent ces légères exacerbations.

Il est fort rare que la bronchite soit franchement *intermittente*. Cependant on cite quelques exemples de cette forme, commune à tant de maladies diverses. Je n'indiquerai que celui qui est rapporté par M. le docteur Bouchard (1), et dans lequel la bronchite à type tierce apparaissait avec intensité à dix heures du soir, pour disparaître entièrement à quatre heures du matin.

Quant à la *bronchite capillaire générale*, sa marche est très rapide et presque toujours graduellement ascendante. Sa durée, dans les cas observés jusqu'à présent, a été de six à huit jours.

La bronchite légère, ainsi que la bronchite fébrile occupant une médiocre étendue, ne se terminent pas par la mort, à moins de complications. Il n'en est pas de même de la bronchite capillaire générale, qui entraîne presque toujours la mort des sujets.

Dans un cas observé par M. Martin-Solon (2), la bronchite prit un caractère gangréneux, qui se manifesta par l'odeur caractéristique des crachats et par leur couleur grisâtre. Cette *terminaison par gangrène* est très rare. Dans ce cas, la gangrène était sans doute très superficielle, car le malade guérit rapidement.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est surtout dans les cas où la mort a été causée par une autre maladie, qu'on a pu observer les lésions qui appartiennent à la bronchite légère ou de médiocre intensité. On a trouvé dans les grosses bronches la rougeur, l'épaississement, le ramollissement et l'aspect granulé de la muqueuse. Dans les petites ramifications des bronches, ces altérations se manifestent principalement par la perte de transparence de la membrane. Les canaux aériens sont obstrués par un mucus plus ou moins abondant, épais, quelquefois rougeâtre et visqueux, et quelquefois puriforme. Suivant MM. Chomel et Blache, les ganglions bronchiques sont assez souvent rouges et gonflés chez les jeunes sujets.

Dans la *bronchite capillaire générale*, on observe les mêmes altérations de la muqueuse, et une oblitération presque complète de toutes les bronches par une matière puriforme, épaisse, adhérente, peu ou point aérée. Ces canaux offrent une dilatation uniforme, partielle ou générale. Dans les cas observés par M. Fauvel, il y avait un emphysème vésiculaire du lobe supérieur des deux poumons, et deux fois un emphysème interlobulaire. Chez le plus grand nombre des sujets, on observait des granulations purulentes disséminées çà et là dans le poumon, mais surtout à la superficie du lobe inférieur. Les ganglions bronchiques sont rouges et friables

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VIII, p. 229; 1837.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1849.

chez les enfants. Les cavités droites du cœur et tout le système veineux sont distendus par le sang, et les organes cérébraux et abdominaux sont congestionnés par suite de cette stase sanguine.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le *diagnostic* de la *bronchite légère* ne présente aucune difficulté ; les symptômes décrits plus haut, avec l'absence de matité et de tout bruit anormal dans la poitrine, ou seulement avec quelques bulles de râle muqueux et un peu de râle sonore dans les grosses bronches, suffisent pour faire éviter toute erreur.

Dans la *bronchite fébrile* et occupant une partie des ramuscules bronchiques, le diagnostic devient un peu plus important. On distingue cette maladie de la *pneumonie* commençante, aux caractères suivants : la douleur siége le plus souvent derrière le sternum ; elle est plutôt contusive que pongitive ; elle s'accompagne de titillations dans la trachée et dans les grosses bronches. Ces signes ne sont pas néanmoins pathognomoniques ; car, dans un certain nombre de cas, la douleur a des caractères semblables à ceux de la pneumonie. On leur accordera donc beaucoup moins d'importance qu'aux suivants. Le mouvement fébrile, même lorsqu'il apparaît dès le début, est médiocrement intense, la poitrine est sonore à la percussion, et le râle sous-crépitant que l'on entend à sa partie inférieure existe des *deux côtés*. Ce dernier signe, sur lequel M. Louis a, dans ses leçons, attiré l'attention d'une manière toute particulière, doit être noté avec le plus grand soin. Depuis que cet excellent observateur en a signalé la valeur, on évite bien des erreurs de diagnostic dont auparavant n'étaient pas exempts les plus habiles. Dans la pneumonie commençante, la douleur est ordinairement poignante, et existe, soit sous le mamelon, soit dans un des côtés de la poitrine. La dyspnée est considérable, la fièvre ordinairement intense. On trouve presque toujours une obscurité du son dans un point de la poitrine correspondant au bruit anormal, et enfin le râle crépitant, quand il existe seul, ne se fait entendre que d'*un côté* de la poitrine. Presque toujours aussi il y a, dès ce moment, une excrétion de crachats rouillés, orangés, etc., qui n'existe pas dans la bronchite. A une époque plus avancée, la respiration bronchique et la matité que l'on constate dans la pneumonie lèvent tous les doutes. Il est un cas où le diagnostic est très obscur : c'est lorsqu'il existe une de ces pneumonies lobulaires qui surviennent ordinairement dans le cours d'une bronchite capillaire. On reconnaît alors l'existence de la bronchite ; mais, faute de signes suffisants, la pneumonie lobulaire est méconnue.

J'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'existence d'un emphysème pulmonaire considérable et une disposition toute particulière aux douleurs nerveuses donnaient à la maladie un aspect particulier, et la faisaient ressembler à une pneumonie d'une manière plus sensible que cela n'a lieu ordinairement.

Dans ces cas, une douleur névralgique occupant un côté du thorax simulait le point de côté de la pneumonie ; la dyspnée était intense, l'agitation vive, le mouvement fébrile considérable ; mais, quoique le râle sous-crépitant occupât la moitié inférieure environ des deux côtés de la poitrine, la sonorité de cette cavité, loin d'avoir éprouvé la moindre diminution, était au contraire augmentée, et les crachats n'offraient aucun caractère des crachats pneumoniques.

La *phthisie* à marche aiguë présente aussi des symptômes qui pourraient, dans

les premiers temps, la faire prendre pour une simple bronchite ; mais les douleurs plus ou moins vives au sommet du thorax, les hémoptysies, le son obscur que l'on trouve sous l'une et l'autre des clavicules ou sous les deux à la fois, le râle sous-crépitant qui existe dans les mêmes points, l'amaigrissement rapide, etc., ne peuvent pas laisser longtemps le médecin dans l'incertitude.

L'existence d'une pleurodynie jointe à la bronchite pourrait faire croire à une *pleurésie ;* mais l'absence de la matité et d'une diminution plus ou moins marquée de la respiration vient bientôt éclairer ce diagnostic, qui est bien moins important que le précédent.

Le diagnostic de la *bronchite capillaire générale* mérite de nous arrêter un moment. Au début, on a pu la confondre avec l'invasion d'une fièvre éruptive ; mais l'absence des frissons, des vomissements et du coryza de la rougeole, du larmoiement, de la toux et de l'angine de la scarlatine, des douleurs lombaires de la variole, et la présence dans toute la poitrine du râle sous-crépitant disséminé, font reconnaître, ainsi que l'a remarqué M. Fauvel, l'existence de la bronchite.

Suivant cet auteur, on distingue la bronchite capillaire générale de la *pneumonie lobulaire* par la dyspnée plus intense, l'anxiété extrême, l'étendue du râle sous-crépitant dans toute la poitrine, et par les symptômes d'asphyxie, qui n'existent point ou qui sont beaucoup moins marqués dans la pneumonie lobulaire, au début.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la bronchite fébrile et de la pneumonie commençante.*

BRONCHITE FÉBRILE.	PNEUMONIE.
Douleurs sous-sternales contusives (signe douteux).	*Point de côté*, dans un lieu plus ou moins éloigné du sternum (signe douteux).
Mouvement fébrile *médiocrement intense*.	Fièvre *intense*.
Râle sous-crépitant à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, *des deux côtés*.	Râle crépitant en arrière, d'*un seul côté*.
Sonorité normale du thorax.	*Obscurité du son* dans le point où l'on entend le bruit anormal.

2° *Signes distinctifs de la bronchite fébrile chez les sujets nerveux et emphysémateux, et de la pneumonie.*

BRONCHITE.	PNEUMONIE.
Absence de crachats caractéristiques.	*Crachats rouillés*, orangés, jus de pruneaux, etc.
Sonorité de la poitrine *plutôt augmentée* que diminuée.	*Obscurité du son.*
Râle sous-crépitant des *deux côtés*.	Râle crépitant d'*un seul côté ;* respiration bronchique.

3° *Signes distinctifs de la bronchite fébrile et de la phthisie aiguë commençante.*

BRONCHITE.	PHTHISIE AIGUË.
Douleur *sous-sternale*.	Douleur *sous les clavicules*, ou entre les deux épaules.
Sonorité normale *sous les clavicules*.	Matité dans la *région sous-claviculaire*.

Râle sous-crépitant *à la base des deux poumons* et en arrière.	Craquements, râle sous-crépitant *au sommet des poumons.*
Pas d'hémoptysies.	Parfois *hémoptysies.*

4° *Signes distinctifs de la bronchite capillaire générale et d'une fièvre éruptive commençante.*

BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.	FIÈVRE ÉRUPTIVE.
Souvent ni *frissons* ni *vomissements*, au début.	*Frissons, vomissements*, etc., au début.
Ni *coryza*, ni *larmoiement*, ni *angine*, ni *douleurs musculaires.*	*Coryza, larmoiement* dans la rougeole, *angine* dans la scarlatine, *douleurs musculaires* dans la variole, etc.
Râle sous-crépitant, *disséminé* dans toute la poitrine.	Râle sous-crépitant *nul* ou *borné à une petite étendue* de la base des poumons.

5° *Signes distinctifs de la bronchite capillaire générale et de la pneumonie lobulaire.*

BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.	PNEUMONIE LOBULAIRE.
Dyspnée *très intense.*	Dyspnée *moins considérable.*
Anxiété *extrême.*	Anxiété *médiocre.*
Râle sous-crépitant *disséminé* dans toute la poitrine.	Râle sous-crépitant *borné à une plus petite étendue* du poumon.

Ce dernier diagnostic n'étant fondé que sur la plus ou moins grande intensité des symptômes, on sent qu'il est moins positif que les autres, et qu'il exige, pour acquérir une certitude réelle, des recherches nouvelles et plus rigoureuses.

Pronostic. La bronchite légère n'a aucune gravité, et le plus souvent même les malades ne se soumettent à aucune espèce de traitement. Quant à la bronchite fébrile de médiocre étendue, elle exige quelques soins, mais elle n'a pas de gravité réelle chez l'adulte. On a dit qu'elle pouvait occasionner la mort chez les individus affectés d'une maladie organique ancienne ; mais, dans ces cas, elle ne fait qu'accélérer le terme fatal.

Chez les vieillards, et surtout chez ceux qui sont déjà affectés d'un catarrhe chronique, la bronchite aiguë a une gravité proportionnellement beaucoup plus grande. Chez eux, en effet, l'inflammation tend à occuper une très grande partie de la poitrine, et peut occasionner la mort par ses simples progrès. D'autres fois il survient une véritable pneumonie, et à ce sujet je dois dire qu'il n'est pas rare de voir la pneumonie débuter dans le cours de la bronchite, ce qui doit engager le médecin à recommander de grandes précautions aux sujets affectés de cette dernière maladie.

La bronchite capillaire générale est toujours très grave, et très souvent mortelle. Sa gravité est en raison directe de l'étendue de l'inflammation, qui se manifeste à l'observateur par l'étendue du râle crépitant disséminé.

§ VII. — Traitement.

Le traitement des diverses espèces de bronchite a été étudié avec grand soin par les auteurs ; mais malheureusement il n'est généralement pas fondé sur l'analyse d'un nombre suffisant d'observations. Le sujet n'a pas paru assez important, parce

que, dans le plus grand nombre des cas, il ne s'agit que de la plus ou moins longue durée de la maladie. Cependant, aux yeux du praticien consciencieux, ce résultat a une importance réelle, et c'est ce qui rend la négligence des observateurs bien regrettable ; car comment savoir si les médicaments ont eu une influence sur cette durée, si l'on n'a pas fait un relevé exact d'un certain nombre de faits ? Je vais présenter le traitement tel qu'il est dans l'état actuel de la science.

1° *Bronchite légère.* En général, les sujets qui en sont affectés ne changent rien à leur manière de vivre et ne prennent aucun médicament. Cependant on peut être consulté par des personnes qui ont besoin de recouvrer promptement l'intégrité de leur voix, ou qui, ayant quelques inquiétudes sur l'état de leur poitrine, ont un intérêt puissant à abréger, autant que possible, toutes les affections qui peuvent irriter les poumons. Dans ces cas, on emploie des tisanes émollientes, dites *pectorales*, telles que les infusions de *violettes*, de *mauve*, de *bouillon-blanc*, etc. ; quelques *fumigations* avec une décoction de *guimauve* et de têtes de *pavot ;* des *laxatifs*, tels que la *manne* à la dose de 30 ou 60 grammes, ou de *légers purgatifs :* par exemple, l'*huile de ricin* à la dose de 30 grammes. Des *pédiluves* et des *manuluves* rendus irritants au moyen du sel commun ou de la cendre ; un *régime* doux et léger, et un grand soin de se soustraire à toutes les causes de refroidissement, complètent ce traitement.

On retire de meilleurs effets encore d'une médication légèrement *narcotique.* Ainsi une infusion de violettes et de coquelicot pour tisane, et 2 ou 3 centigrammes d'extrait gommeux d'*opium* donnés en pilules chaque soir, font bientôt disparaître tous les symptômes.

2° *Bronchite fébrile.* Cette forme de l'affection demande des moyens plus énergiques.

Emissions sanguines. Presque tous les auteurs ont recommandé la *saignée :* mais ils sont loin d'être d'accord sur les cas dans lesquels il convient de la pratiquer. Laënnec voulait qu'on en fût très sobre, et qu'on l'employât seulement lorsque tous les symptômes auraient une grande intensité. MM. Chomel et Blache y ont plus fréquemment recours, et M. Bouillaud a appliqué à cette affection l'emploi des saignées générales et locales *coup sur coup* (1).

Ce dernier auteur n'a point, comme il le dit lui-même, observé un assez grand nombre de cas traités de cette manière, pour qu'on puisse arriver à une conclusion positive. On peut dire néanmoins, sans donner son approbation à d'aussi abondantes pertes de sang dans une maladie si légère, que la saignée n'a point eu, dans le petit nombre de faits cités par M. Bouillaud, le résultat que redoutait Laënnec, c'est-à-dire de rendre la maladie beaucoup plus longue. La force et la constitution du malade devront guider le médecin dans l'emploi de ces saignées, aussi bien que l'intensité des symptômes locaux et généraux. Les *sangsues*, suivant Laënnec, n'ont pas plus d'avantages que la saignée générale ; il leur substitue les *ventouses scarifiées* laissées longtemps en place. Chez les enfants, on préfère, en général, l'application des sangsues.

Adoucissants. On prescrit en même temps un *julep béchique*, ou une autre *potion adoucissante ou huileuse.*

(1) *Clin. méd. de l'hôp. de la Charité*, 1837, t. II.

Une forte décoction de *jujubes* ou de guimauve sèche, les pâtes que l'on prépare avec ces substances, sont aussi prescrites dans le même but; mais tous ces moyens doivent être regardés comme de simples adjuvants; car, ainsi que le fait remarquer Laënnec, rien ne prouve qu'ils aient une efficacité réelle par eux-mêmes.

Narcotiques. L'utilité des médicaments narcotiques est depuis très longtemps reconnue. Borsieri les recommande d'une manière toute particulière. Il prescrivait (1) le sirop de *pavot blanc*, l'*opium*, le *laudanum* liquide de Sydenham, et surtout les pilules de *styrax* de Sylvius, d'après la formule suivante :

Pilules de styrax de Sylvius.

℞ Styrax............	15 gram.	Safran...............	5 gram.
Opium.............	1 gram.		

F. s. a. 14 pilules, dont on prendra une tous les soirs.

Les pilules de *cynoglosse* sont également recommandées par Borsieri, ainsi que plusieurs autres préparations dont l'opium est la substance agissante.

Laënnec employait de préférence la *belladone* à la dose de 3 à 5 centigrammes chaque soir, ou matin et soir. A l'aide des pilules de *datura stramonium*, à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour, on atteint aussi très bien le but qu'on se propose.

M. Mériadec Laënnec met en usage l'*opium*, non seulement comme narcotique, mais encore comme sudorifique. Il recommande de faire prendre le soir la boisson suivante :

℞ Sirop diacode ou sirop du Codex................ 30 gram.

Mêlez dans une tasse de tisane pectorale bien chaude. A prendre en une seule fois.

On a aussi, à l'aide de fumigations, porté le médicament narcotique sur la muqueuse bronchique elle-même. Ces fumigations sont pratiquées de la manière suivante :

Fumigation narcotique.

℞ Feuilles de belladone ou de datura stramonium.............	10 gram.	Eau commune..........	500 gram.

Faites bouillir pendant un quart d'heure. Versez le liquide dans un vase dont vous couvrirez l'ouverture avec un entonnoir à large bec; faites aspirer la vapeur qui s'échappe du bec de l'entonnoir.

On peut faire tout simplement cette fumigation en s'entourant la tête d'un linge et en tenant la face au-dessus du vase d'où s'exhale la vapeur; mais après la fumigation, qui doit durer de cinq à dix minutes au plus, il faut avoir soin de s'essuyer la tête et de la mettre à l'abri du contact de l'air.

Cette médication par les narcotiques a une efficacité incontestable que l'on peut constater tous les jours.

Vomitifs. Depuis fort longtemps les vomitifs ont été mis en usage dans la *bronchite aiguë fébrile;* mais les auteurs ne sont pas parfaitement d'accord sur

(1) *Instit. med.*, Lips., cap. I, *De tussi.*

l'époque à laquelle il faut les administrer, ni sur les cas où ils conviennent. G. Fordyce (1) les employait à peu près dans tous les cas ; mais il ne choisissait que des vomitifs légers, c'est-à-dire déterminant des vomissements modérés. Laënnec, de même que MM. Chomel et Blache, réserve l'emploi des vomitifs pour les cas où la bronchite a une intensité très grande et se rapproche du catarrhe suffocant. MM. Elliotson et G. Spilsbury (2) ont recommandé les vomitifs principalement dans la bronchite qu'ils ont appelée asthénique, et qui, d'après ce que nous avons vu plus haut, n'est ordinairement qu'une bronchite intense tendant à se généraliser, ou survenant chez des sujets affaiblis par l'âge ou la maladie. Ainsi donc on peut dire que les auteurs sont d'accord pour prescrire cette espèce de médicament, dès que la bronchite acquiert une intensité notable.

Le vomitif le plus fréquemment employé est le *tartre stibié*. Si la maladie n'a qu'une intensité médiocre, on se borne à le donner une seule fois, à la dose de 5 ou 10 centigrammes aux adultes, et 2 ou 3 aux enfants ; mais dans les cas où l'intensité de la maladie est très grande, il faut administrer le médicament à haute dose, soit qu'on emploie le tartre stibié en potion, comme dans la pneumonie, soit qu'on le donne de la manière suivante, ainsi que le prescrivent MM. Elliotson et Spilsbury.

℞ Tartre stibié... 0,05 ou 0,10 gram. | Sucre blanc.............. 30 gram.

Mêlez. A prendre, toutes les trois ou quatre heures, dans une cuillerée de tisane.

M. Stewart (3) pense que le tartre stibié ne doit être mis en usage chez les enfants qu'avec beaucoup de réserve ; mais il ne fournit aucun fait qui puisse motiver son assertion. Laënnec, au contraire (*loc. cit.*, p. 140), prétend que l'efficacité des vomitifs est beaucoup plus grande à cet âge ; qu'on peut les répéter sans inconvénient tous les deux jours, et même tous les jours, et que c'est le meilleur moyen d'empêcher, dans la première enfance, les bronchites de prendre le caractère de la coqueluche. J'ai vu néanmoins des cas où le tartre stibié a produit, chez des enfants, de graves accidents, ce qui me fait, en général, préférer l'*ipécacuanha*.

M. le docteur Girard (de Marseille) a rapporté des faits (4) qui prouvent l'exactitude des observations de Laënnec. Cet habile observateur prescrit l'émétique aussi bien aux enfants qu'aux adultes. Chez ces derniers, il administre la dose suivante :

℞ Tartre stibié............. 0,15 gram. | Ipécacuanha en poudre....... 1,25 gram.

A prendre en trois fois.

Dans dix-huit cas, il a vu les bons effets du traitement, et notamment la diminution de la fièvre se manifester avec la plus grande rapidité.

J'ai aussi conseillé cette médication (5), dont chaque jour j'obtiens les meilleurs résultats, surtout dans les cas de bronchite grave, chez les emphysémateux.

L'*ipécacuanha* est plus fréquemment employé chez les jeunes enfants que le tartre stibié. On peut le donner en sirop par cuillerées, jusqu'à production de

(1) *Diss. med. de catarrho* ; Edimb., 1758.
(2) *The Lancet*, vol. I, p. 34 ; 1839-40.
(3) *A treat. of dis. of child.* (*The New-York Journ.*, april 1841, p. 408).
(4) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1843.
(5) *Bull. génér. de thérap.*, avril 1847.

l'effet vomitif, ou bien, chez les enfants au-dessus de six ans, prescrire la formule suivante :

℞ Ipécacuanha........ 0,50 gram. | Miel..................... Q. s.

Pour quatre bols, dont on prendra un toutes les demi-heures.

On a également employé le *soufre doré d'antimoine*, le *sulfate de zinc* et le *polygala senega*, à dose vomitive ; mais ces médicaments n'ayant aucune vertu particulière, il est inutile de les substituer aux précédents, qui remplissent très bien toutes les conditions.

Le docteur Williams (1) prescrit l'ipécacuanha, ainsi que les antimoniaux à une faible dose ; il recommande de donner 10 à 15 centigrammes d'ipécacuanha ou de la poudre de James, dont voici la formule :

Poudre de James.

℞ Sulfure d'antimoine...... 30 gram. | Corne de cerf............. 30 gram.

Calcinez dans un creuset de fer, et porphyrisez.

Purgatifs. Les laxatifs ont été de tout temps prescrits. La pulpe de *tamarin*, la *manne*, la *casse*, l'*huile d'amandes douces* et l'*huile de ricin* ont été principalement recommandées. Ces médicaments entreront dans les ordonnances placées à la fin de cet article.

Des purgatifs plus puissants ont été aussi employés, et avec succès, selon les auteurs qui les ont mis en usage. Dans un cas, Rivière (2) prescrivit la préparation suivante :

℞ Calomel............... 1 gram. | Jalap................ 0,50 gram.

À prendre en deux fois.

Ce médicament produisit sept purgations, et fit disparaître, dit Rivière, tous les symptômes de la maladie.

M. Robarts (3) dit avoir administré, avec le plus grand avantage, le vin de semences de *colchique*, surtout chez les enfants ; mais on ne peut pas avoir une très grande confiance dans les assertions sans preuves de cet auteur, qui regarde l'opium comme toujours nuisible, lorsque les faits pour prouver son efficacité abondent partout.

On voit que des recherches suffisantes n'ont pas été faites sur l'emploi des purgatifs. Tout ce que l'on peut dire jusqu'à présent, c'est que si ces remèdes ont eu quelque utilité, c'est uniquement comme adjuvants.

Stimulants généraux. Parmi ces médicaments, ceux qui, dans ces derniers temps, ont été le plus vivement préconisés, sont les *alcooliques*. On sait que Laënnec les recommandait d'une manière toute particulière. « Ces moyens, qui constituent une méthode populaire, et connue, dit cet auteur, de temps immémorial, quoique les médecins s'en soient peu occupés, ce traitement est tout à fait héroïque dans un grand nombre de cas. On voit souvent, ajoute-t-il, un rhume

(1) *The cyclop. of pract. med.*, art. BRONCHITIS.
(2) *Oper. med.*, cent. III, observ. XLVII.
(3) *The Lancet*, novembre 1835, p. 336.

qui paraissait devoir être fort intense, arrêté tout à coup dans l'espace d'une seule nuit. » Voici comment Laennec dirigeait ce traitement :

TRAITEMENT PAR LES ALCOOLIQUES (LAENNEC).

Je fais prendre communément au malade, au moment où il se couche, la potion suivante :

℞ Bonne eau-de-vie........	30 à 45 gram.	Sirop de guimauve.............	Q. s.
Inf. de violettes très chaude.	60 à 90 gram.		

A prendre en une seule fois.

« L'administration de ce médicament est ordinairement suivie, vers le matin, d'une sueur assez abondante ; mais souvent le rhume guérit dès le premier jour, sans que la sueur arrive. S'il n'a pas entièrement disparu, on continue plusieurs jours de suite. C'est surtout au début des rhumes que cette méthode est héroïque ; elle est beaucoup moins efficace dès que l'expectoration grasse a commencé. »

Suivant M. Mériadec Laënnec, cette médication, qu'il qualifie de hasardeuse, n'a guère d'autre avantage que de provoquer la transpiration, effet que l'on peut obtenir avec moins de danger par une préparation opiacée que j'ai citée plus haut (*voy.* p. 328). M. Spilsbury joint à l'emploi du tartre stibié à haute dose celui du vin ou de l'eau-de-vie, dans lequel il a une très grande confiance. Voici son traitement complet :

TRAITEMENT DU DOCTEUR SPILSBURY.

Je donne d'abord, dit-il, le tartrate de potasse et d'antimoine à la dose d'un décigramme toutes les quatre heures. Puis, le soir, lorsque le malade est au lit, je fais prendre une cuillerée à bouche de vin dans une tasse de petit-lait, ou une demi-cuillerée d'eau-de-vie dans une tasse de gruau chaud. Par ce traitement, la perspiration est excitée, la sécrétion augmentée, mais infiniment moins visqueuse, et les râles diminuent notablement.

Craignant les inconvénients des stimulants spiritueux, M. Ch. Badham prescrit de préférence le *carbonate* ou l'*acétate d'ammoniaque*, qui, selon lui, ont une efficacité incontestable. Les préparations suivantes suffisent pour remplir les indications :

Potion sudorifique.

℞ Acétate d'ammoniaque....	60 gram.	Infusion de sureau......	250 gram.
Miel despumé............	30 gram.		

A prendre par cuillerées.

Ou bien l'émulsion suivante :

℞ Carbonate d'ammoniaque.	5 gram.	Huile d'amandes douces..	45 gram.
Gomme arabique.......	20 gram.	Eau.................	220 gram.

Faites une émulsion. A prendre par cuillerées.

Ces derniers médicaments, dont l'utilité est au moins douteuse dans la bronchite aiguë, ont été bien plus fréquemment employés dans la bronchite chronique.

Dans les cas très rares où la bronchite s'est montrée franchement *intermittente*,

on a eu recours avec succès au sulfate de quinine ; c'est ce qui a eu lieu dans le cas cité plus haut (*voy.* p. 323).

Les moyens que je viens de passer en revue ont été principalement mis en usage dans les deux premières périodes de la maladie. Ordinairement, lorsque la fièvre tombe, que la toux cesse d'être douloureuse, et que l'expectoration devient facile, on cesse l'usage de tout médicament, et l'on abandonne à elle-même une maladie qui tend naturellement à la guérison. On n'a recours à de nouveaux moyens que quand la durée de la bronchite se prolonge outre mesure ; mais alors il y a tendance au passage à l'état chronique, et ce sont aussi les remèdes contre la bronchite chronique qui sont administrés. Ce serait par conséquent s'exposer à des redites inutiles que de présenter ici cette médication, sur laquelle j'aurai plus tard à m'étendre longuement.

Je n'ajouterai que quelques mots sur certains *moyens particuliers* qui n'ont pas été soumis à une expérimentation suffisante. M. Elliotson recommande l'emploi du *mercure* (*calomel*) à l'intérieur, de manière à produire un effet marqué sur la bouche et même une salivation abondante. Cette pratique n'a trouvé aucun crédit.

M. Toulmouche (1) assure avoir obtenu de bons effets de l'emploi des fumigations de *chlore* dans la bronchite aiguë, dont il prévenait principalement le passage à l'état chronique. Il faudrait, pour que ses observations eussent une valeur réelle, qu'on sût dans quelle proportion des cas et dans quels cas la bronchite aiguë a de la tendance à passer à l'état chronique ; or c'est ce que nous ne savons pas.

Beaucoup de médecins mettent en usage le *vésicatoire* sur la poitrine et la rubéfaction à l'aide des *sinapismes* et de l'*huile de croton tiglium ;* mais si ces moyens ont quelque efficacité, ce n'est qu'à une époque où tous les signes d'acuité se sont dissipés, et où, par conséquent, la maladie a pris tous les caractères de la bronchite chronique. Si l'on voulait user de ces moyens à une époque où la maladie n'aurait pas perdu entièrement les caractères de l'état aigu, on courrait le risque de voir augmenter la fièvre et l'état du malade s'aggraver. Je passe sous silence les *diurétiques*, préconisés par quelques auteurs, et sur l'action desquels nous n'avons aucune donnée importante.

3° *Bronchite capillaire générale.* Tous les auteurs sont d'accord pour prescrire un traitement énergique dans cette redoutable forme de la bronchite, qui, selon MM. Chomel et Blache, et ainsi que je l'ai établi dans le travail (2) cité plus haut, doit être traitée comme les pneumonies les plus graves. Ainsi la *saignée générale* abondante et répétée chez les adultes ; des *sangsues* au nombre de quatre à quinze, suivant l'âge, chez les enfants ; les *vomitifs* à haute dose ; les *révulsifs cutanés ;* les *purgatifs* énergiques, seront mis en usage avec persévérance.

Cette espèce de bronchite a été traitée quelquefois avec succès par le *tartre stibié à haute dose*, ainsi que Laënnec et M. Téallier (3) en ont cité des exemples. Chez le sujet de l'observation rapportée par ce dernier auteur, le tartre stibié fut porté à la dose de 60 centigrammes, et remplacé plus tard par 30 centigrammes de kermès, parce que le malade ne voulait plus prendre la potion stibiée.

M. Fauvel (*loc. cit.*, p. 86), après avoir exposé le traitement employé chez les

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1838.
(2) *Bull. génér. de thér.* (*De la bronch. cap.*, etc.), avril 1847.
(3) *Du tartre stibié et de son emploi dans les maladies*, p. 276 ; Paris, 1832.

sujets soumis à son observation, et en avoir fait remarquer le peu d'efficacité, trace ainsi qu'il suit la règle de conduite qui, suivant les probabilités, doit avoir la plus grande chance de succès.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE GÉNÉRALE, PROPOSÉ PAR M. FAUVEL.

Première période.

1° Saignée au début, et, de préférence, saignée générale, lorsque l'âge le permet. Quand on est forcé d'avoir recours aux sangsues, les appliquer à l'anus ou à la base de la poitrine. Être sobre de ce moyen chez les enfants très jeunes et chez les sujets affaiblis. Après la période d'invasion, s'en abstenir, car il débiliterait inutilement le malade.

2° Chez les enfants :

℞ Tartre stibié........	0,05 gram.	Ipécacuanha..............	1 gram.

Mêlez. Divisez en cinq doses égales. A prendre de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet vomitif suffisant.

3° Cataplasmes sinapisés promenés sur les jambes. Frictions sèches ou rendues plus excitantes à l'aide d'une teinture aromatique ; ou bien ventouses sèches multipliées ; ou enfin grandes ventouses de M. Junod.

4° Boissons émollientes, données en petite quantité à la fois, et souvent.

Deuxième période.

1° Continuer les vomitifs, mais à doses fractionnées, pour produire des nausées fréquentes et de simples efforts de vomissements. Titiller la luette avec les barbes d'une plume. Faire des frictions au devant du sternum avec la *pommade d'Autenrieth.*

2° Éviter le décubitus dorsal ; faire alterner le décubitus antérieur sur un plan incliné, la tête dépassant en haut ce plan, avec le décubitus latéral, ou la position assise. De temps à autre, promener sur les bras les enfants bien enveloppés. Faire prendre ces positions favorables toutes les fois que le besoin ou l'envie d'expectorer se fera sentir. Envelopper le ventre d'un bandage de corps médiocrement serré, pour favoriser la contraction des muscles abdominaux.

3° Remplacer la tisane émolliente par les suivantes :

℞ Racine de polygala de Virginie.	20 gram.	Eau.....................	1000 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié, et ajoutez :

Sirop d'hyssope.............................. 45 gram.

Ou bien :

℞ Fleurs d'arnica..........	5 gram.	Eau bouillante............	1 kilogr.

Faites infuser pendant une demi-heure ; passez, et édulcorez avec :

Sirop d'écorce d'orange...................... 50 gram.

Faire prendre par cuillerées le looch suivant :

Looch blanc............	120 gram.	Gomme ammoniaque.......	1 gram.

Mêlez.

4° Dans le cas où cette médication serait insuffisante, et où les forces du malade se trouveraient entièrement abattues, avoir recours, comme remède extrême, à la *strychnine* ou à la *noix vomique*, et, pour cela, faire faire sur le thorax des frictions avec la teinture alcoolique de noix vomique, ou bien donner une cuillerée à café, matin et soir, de la potion stimulante de M. Magendie.

5° Continuer l'emploi des sinapismes et des grandes ventouses, et repousser les vésicatoires.

6° Si la maladie se prolongeait, ou si l'enfant tombait rapidement dans la prostration, soutenir les forces avec des aliments légers, tels que le bouillon, le lait pris en petite quantité, et un peu d'eau rougie.

Telle est la méthode de traitement proposée par M. Fauvel. Les conseils qu'il donne sont fondés sur une connaissance approfondie de la maladie, on pourra donc les suivre avec espoir de succès; mais il serait prématuré de se prononcer sur cette médication avant que l'expérience, qui juge en dernier ressort, ait décidé. J'ajoute que la médication qui a été exposée à l'article *Croup* pourra offrir au praticien des moyens précieux.

Si la bronchite prenait le caractère *gangréneux*, comme dans le cas rapporté par M. Martin-Solon (1), on devrait, à son exemple, prescrire les *fumigations chlorurées* ainsi qu'il suit :

Dans un appareil de Wolf, mettez 5 *ou* 600 *grammes d'eau de guimauve à* 35 *ou* 40 *degrés;* ajoutez 50 *grammes de chlorure de chaux liquide.* Pour inspirations, deux, trois ou quatre fois par jour si elles sont bien supportées.

En outre, M. Martin-Solon fit mettre 30 *grammes de chlorure de chaux dans la tisane*, et donna de 30 *à* 60 *grammes d'eau de goudron matin et soir.*

Résumé; ordonnances. Je ne crois pas devoir rappeler le traitement de la bronchite légère, ni le formuler en ordonnances, les moyens étant trop simples. Je passe donc au traitement de la bronchite fébrile médiocrement étendue.

Ire Ordonnance.

BRONCHITE FÉBRILE CHEZ UN ADULTE.

1° Infusion de violettes, de mauves et de coquelicots, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Dans les cas les plus sérieux, une saignée de 350 à 400 grammes.

3° Manne................................ .... 30 gram.

Faites dissoudre dans une tasse de lait. A prendre en une seule fois.

4° Le soir, une pilule de 2 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

5° Diète et repos.

On pourra, dans cette ordonnance, varier les préparations opiacées.

IIe Ordonnance.

BRONCHITE FÉBRILE CHEZ LES ENFANTS AU-DESSOUS DE HUIT ANS.

1° Remplacer la saignée générale par une, deux ou six sangsues, suivant l'âge.

2° Au lieu d'extrait d'opium, faites prendre de une à six cuillerées à café de sirop de pavot blanc.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1849.

3° Cataplasmes émollients sur le thorax.

Le reste comme dans l'ordonnance précédente.

III° Ordonnance.

BRONCHITE FÉBRILE PLUS INTENSE OU PLUS ÉTENDUE CHEZ UN ADULTE.

1° Saignée de 400 grammes, répétée le jour suivant, s'il y a lieu.

2° Faire une fumigation narcotique, suivant la formule indiquée à la page 328.

3° Mettre en suspension, dans chaque pot de tisane, 5 centigrammes de tartre stibié.

4° Tous les soirs, une pilule de 2 à 5 centigrammes d'extrait de datura stramonium.

5° Diète et repos au lit.

Tels sont les moyens ordinairement employés et presque toujours suffisants dans cette maladie, qui, généralement peu grave, peut, dans certaines circonstances, avoir quelque danger. Je ne rappelle pas sous forme d'ordonnances les médications spéciales proposées par quelques auteurs, telles que la médication par les stimulants spiritueux de Laënnec, et la prescription des stimulants sudorifiques de M. Ch. Badham, parce qu'elles ont été suffisamment indiquées plus haut.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.

IV° Ordonnance.

BRONCHITE SUFFOCANTE CHEZ UN ADULTE, PÉRIODE D'INVASION.

1° Tisane émolliente.

2° Saignée générale plus ou moins abondante et plus ou moins répétée, suivant les forces.

3° ℞ Tartre stibié, de	0,10 à 0,30 gram.	Eau distillée de tilleul..	120 gram.
Sirop diacode........	30 gram.	Sirop de guimauve.....	25 gram.

A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure.

4° Sinapismes aux jambes; frictions sèches sur les parois de la poitrine et sur les membres.

5° Diète absolue.

V° Ordonnance.

BRONCHITE GÉNÉRALE CHEZ UN ADULTE, DEUXIÈME PÉRIODE.

1° Pour tisane, décoction de polygala de Virginie, ou infusion d'arnica.

2° ℞ Émétine pure.......	0,05 gram.	Sirop de fleurs d'oranger...	30 gram.
Eau...............	160 gram.		

A prendre par cuillerées, pour provoquer des nausées et de simples efforts de vomissements.

3° Décubitus antérieur, alternant avec le décubitus latéral et la position assise.

4° Bandage de corps médiocrement serré autour du ventre.

5° Continuer l'emploi des sinapismes et des frictions.

Chez *les enfants*, on mettra en usage le même traitement; mais la saignée générale sera remplacée par des sangsues, et le tartre stibié par l'ipécacuanha.

Dans le cas d'abattement complet des forces, recourir à la strychnine et à la noix vomique, ainsi qu'il a été dit plus haut (p. 334).

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Bronchite légère.* Émollients; narcotiques faibles; légers purgatifs et révulsifs.

2° *Bronchite fébrile capillaire.* Adoucissants; émissions sanguines; narcotiques; vomitifs; purgatifs; stimulants spiritueux et sudorifiques.

3° *Bronchite capillaire générale. Première période :* saignée; vomitifs; tartre stibié à haute dose; révulsifs; émollients; décubitus. *Deuxième période :* légers excitants; strychnine ou noix vomique.

ARTICLE III.

BRONCHITE CHRONIQUE.

Cette affection, qui a si fortement fixé l'attention des médecins modernes, a été traitée d'une manière fort confuse par les anciens. Ce n'est pas que ces derniers aient négligé les nombreux cas de *toux chronique* qui se présentaient à eux; mais les idées qu'ils avaient sur la nature de la maladie ne leur permettant pas toujours de reconnaître l'existence de l'inflammation muqueuse, ils n'y voyaient ordinairement qu'un simple flux, ou, s'ils admettaient une lésion de l'organe, c'était une lésion profonde. Si l'on doutait de la vérité de cette assertion, ce nom de *toux*, sous lequel les diverses espèces de catarrhe sont si souvent décrites dans les auteurs anciens, ne suffirait-il pas pour montrer combien leurs idées étaient vagues, puisque la toux n'est qu'un symptôme qui appartient à un grand nombre d'affections différentes?

P. Frank (1), un des premiers, a fait remarquer que la toux, qui paraît jouer le principal rôle, mais qui est un phénomène propre à plusieurs autres affections, aussi bien qu'au catarrhe, n'est qu'un symptôme, et non la maladie elle-même.

Sauvages (2), en voulant trop spécifier et entrer dans de trop grands détails, avait singulièrement obscurci la question. Outre le rhume, *rheuma*, et le *catarrhe*, dont il fait deux maladies différentes, il admet une troisième espèce, à laquelle il donne le nom d'*anacatharsis* (class. IX, *Fluxus ;* ordre III, *Serifluxus*), qui diffère des deux premières, et qui se divise elle-même en : Anacatharsis bilieuse, A. phthisique, A. produite par une vomique, A. puriforme et A. asthmatique. Cette simple exposition suffit pour prouver què par ce mot d'*anacatharsis* Sauvages ne voulait pas désigner une simple bronchorrhée.

Laënnec, qui a en partie conservé les anciennes divisions, a admis un catarrhe muqueux chronique (catarrhe chronique proprement dit), un catarrhe pituiteux chronique, un catarrhe latent, et enfin un catarrhe sec, sur lequel il a spécialement appelé l'attention. Cette division ne saurait être admise, car elle n'est fondée que sur des variétés de symptômes, ou sur des circonstances qui, par elles-mêmes, ne peuvent pas donner à la maladie un caractère particulier.

(1) *Traité de médecine pratique ;* Paris, 1842, t. I, p. 422.
(2) *Nosol. method.*, t. I ; Amst., 1768.

Je pourrais citer plusieurs autres divisions proposées par divers auteurs, mais elles ne sont pas mieux fondées. Je traiterai donc dans un seul article de toutes les espèces de bronchite chronique admises jusqu'à ce jour. Quant à la *bronchorrhée chronique*, je dois dire d'avance que je n'en ai pas trouvé d'observations bien convaincantes ; mais c'est une question qui reviendra plus tard.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La bronchite chronique est l'inflammation chronique de la muqueuse des bronches, soit que cette inflammation ait succédé à une bronchite aiguë, soit qu'elle ait apparu d'emblée.

Cette affection était connue chez les anciens sous les noms de *catarrhus*, *destillatio pectoris*, *tussis*. Le nom de bronchite ne lui a été appliqué que dans ces derniers temps. On lui donnait auparavant ceux de *catarrhe muqueux* aigu ou chronique, *catarrhe pituiteux*, *catarrhe sec*, etc.

La bronchite chronique est loin d'être une maladie rare, surtout chez les vieillards ; mais elle est beaucoup moins *fréquente* qu'on ne le croyait avant que les progrès de l'anatomie pathologique, et bien plus encore la découverte de l'auscultation, l'eussent fait distinguer de plusieurs autres maladies chroniques, et en particulier de la phthisie, avec lesquelles on la confondait très fréquemment.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tout le monde sait que la fréquence de la bronchite chronique varie suivant l'*âge*. Ainsi, les vieillards en sont très souvent atteints, les enfants la présentent bien plus rarement, et les adultes n'en sont presque jamais affectés, à moins que la maladie n'accompagne l'emphysème pulmonaire, ou ne soit symptomatique d'une affection chronique.

Nous n'avons point d'observations suffisantes pour pouvoir dire positivement si un *sexe* y est plus sujet que l'autre. Néanmoins, si l'on considère que les hommes sont plus exposés que les femmes à contracter la bronchite aiguë, et que, d'un autre côté, des attaques plus ou moins fréquentes de cette affection peuvent se terminer par la bronchite chronique, on sera porté à admettre que les hommes y sont plus sujets que les femmes.

On a signalé comme une cause prédisposante de l'affection, une *constitution* faible et un *tempérament* lymphatique et scrofuleux ; mais n'a-t-on pas souvent, en pareil cas, pris une affection chronique grave pour une bronchite chronique simple ?

La *répétition* plus ou moins fréquente d'*attaques* de bronchite aiguë est, comme je viens de le dire, une cause de bronchite chronique. M. Andral (1) en cite plusieurs exemples. On a dit que la *répercussion* des éruptions cutanées, et la *suppression* des divers flux ou d'un exutoire, peuvent produire la bronchite chronique. Cette assertion aurait besoin d'être confirmée par des faits bien observés.

Je ne parle point ici des maladies du cœur, des poumons et des bronches, qui,

(1) *Cliniq. médic.*, t. III.

d'après les auteurs, prédisposent à cette maladie, parce que, quand la bronchite chronique survient chez des sujets qui sont affectés de ces maladies organiques, elle est purement symptomatique. Je reviendrai sur ce point.

Quant à l'influence de l'emphysème pulmonaire, les opinions sont partagées. Les uns regardent cet emphysème comme prédisposant à la bronchite; les autres, au contraire, regardent la bronchite comme la cause première de l'emphysème : c'est une question qui sera discutée dans l'histoire de cette dernière maladie.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont très peu connues, soit parce que les recherches à cet égard sont insuffisantes, soit parce que ces causes se dérobent à nos moyens d'investigation. On a cru remarquer que l'*exposition permanente au froid*, chez des sujets occupés à des travaux plus ou moins pénibles, occasionne la bronchite chronique; qu'il en est de même lorsque, dans le cours d'un rhume, on s'expose imprudemment aux *variations de température*, de manière à provoquer plusieurs attaques de bronchite aiguë. Enfin, Laënnec et Stoll (1) regardent comme une cause évidente du prolongement indéfini de la bronchite les *émissions sanguines* trop abondantes pratiquées contre cette maladie; mais il faut le dire, ces auteurs ne citent point de fait à l'appui de cette assertion, qui cependant avait un si grand besoin de preuves, et qu'on peut, sans être taxé de scepticisme, regarder plutôt comme une spéculation théorique que comme l'expression d'un résultat pratique.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la bronchite chronique ont été étudiés avec le plus grand soin, surtout dans ces derniers temps. Sous ce rapport, l'histoire de cette maladie ne laisse presque rien à désirer.

Début. Tantôt l'affection débute avec les caractères qu'elle doit conserver plus tard, c'est-à-dire que des symptômes peu intenses, des signes d'irritation légère, se déclarent en même temps qu'une expectoration plus ou moins abondante, et que la maladie continue ensuite, sans présenter de grandes modifications. Mais bien plus souvent le début a lieu par un catarrhe aigu plus ou moins intense, qui, parvenu à sa dernière période, ne cesse point, et se prolonge d'une manière plus ou moins continue pendant un temps très long.

Symptômes. Assez souvent il n'existe aucune espèce de *douleur* de poitrine. Lorsqu'il en est autrement, la douleur est peu vive, ou si elle le devient dans le cours de la maladie, c'est qu'il existe une exacerbation momentanée. Cette douleur est vague; néanmoins c'est derrière le sternum qu'elle se fait particulièrement sentir. M. Andral (*obs. citée*) a noté une sensation de plénitude dans la poitrine.

La *toux* est un symptôme constant. Habituellement grasse, facile, elle devient, à la plus légère exacerbation, quinteuse, pénible, difficile. Ces changements ont lieu principalement lorsque les crachats transparents et visqueux ne se détachent plus qu'avec peine; parfois alors la toux provoque des vomissements, comme M. Andral en a cité un exemple. En général, la toux est plus fréquente le matin et

(1) *Ratio medendi*, pars. III (*Ephemerid.*, 1778).

le soir que dans la journée, ce qui dépend encore de l'abondance de l'expectoration.

Les caractères de l'*expectoration* varient beaucoup. Le plus souvent elle est assez abondante, composée de crachats opaques, d'un blanc sale, grisâtres ou verdâtres, formant de larges plaques non déchiquetées sur les bords, non striées, plus ou moins tenaces, et ne présentant point de bulles d'air. Ordinairement ces crachats sont mêlés à une certaine quantité de liquide blanchâtre, semblable à de la salive plus ou moins aérée. Dans un des cas cités par M. Andral, ils nageaient dans un liquide abondant pareil à de la sérosité. Laënnec rapporte un cas semblable, comme un exemple de la forme à laquelle il a donné le nom de *catarrhe muqueux*. Quelquefois les malades n'expectorent qu'un liquide incolore, transparent, filant, plus ou moins spumeux à la surface, et qui, lorsque l'on a enlevé cette écume, ressemble à du blanc d'œuf délayé dans l'eau. L'abondance de ce liquide peut être considérable ; on voit des malades en remplir plusieurs crachoirs dans la journée. C'est cette espèce de catarrhe qui a reçu des uns le nom de *catarrhe pituiteux*, et des autres le nom de *bronchorrhée ;* mais comme ce flux n'exclut nullement les signes d'irritation des bronches, et que, d'un autre côté, ainsi que l'a fait remarquer Laënnec, on le voit souvent lié à l'expectoration du catarrhe muqueux, je ne crois pas devoir admettre cette distinction, jusqu'à ce que de nouvelles observations aient prouvé qu'elle est réellement utile. D'autres fois, au contraire, l'expectoration est extrêmement abondante ; les crachats sont, ainsi que l'a dit Laënnec, très petits, arrondis, perlés (*sputa margaritacea*). C'est là ce que cet auteur a appelé *catarrhe sec :* affection, selon lui, extrêmement fréquente, qui n'attire pas ordinairement l'attention des sujets, et qui, par conséquent, peut avoir une très longue durée. Telle est l'expectoration dans la bronchite chronique : on voit qu'elle présente de grandes différences ; mais, je le répète, ces différences ne sont pas capitales, et n'annoncent pas une lésion particulière.

La *respiration* est ordinairement peu gênée. Souvent même la dyspnée est nulle, au moins pendant la plus grande partie de la journée. Par moments, elle peut devenir assez notable : c'est lorsque l'expectoration devient plus abondante et plus difficile ; aussi n'est-il pas rare de voir cesser la dyspnée immédiatement après l'expectoration. Il est un cas dans lequel la difficulté de respirer devient extrême : c'est lorsqu'une quantité considérable de mucus s'est accumulée dans une ou plusieurs grandes ramifications bronchiques, et intercepte complétement le passage à l'air. On en voit des exemples dans les observations rapportées par M. Andral.

Quelle que soit la forme affectée par la bronchite chronique, la *percussion* ne fournit aucun caractère propre à la faire reconnaître. Dans les cas où il en est autrement, c'est qu'il existe une complication.

Il n'en est pas de même de l'*auscultation*. C'est elle qui a le plus servi à faire connaître à fond l'histoire des divers catarrhes admis par les anciens, et Laënnec, sur ce point comme sur tant d'autres relatifs à l'auscultation, nous a appris presque tout ce que nous savons aujourd'hui.

On entend à la partie postérieure de la poitrine, en bas et des deux côtés, un râle formé de bulles plus ou moins grosses, plus ou moins humides, auquel Laënnec donnait le nom de *râle muqueux*, et qu'on a plus généralement, depuis, désigné sous celui de *sous-crépitant*. L'étendue dans laquelle on entend ce bruit est très

variable ; elle est plus considérable ordinairement à droite qu'à gauche. Dans les autres parties de la poitrine, et surtout vers la racine des bronches, on entend parfois du *râle sibilant* et *ronflant*, qui annonce un degré d'inflammation assez léger dans une très grande partie de la poitrine. Suivant Laënnec (*loc. cit.*, p. 147), dans certains catarrhes chroniques, le bruit respiratoire acquiert le caractère *puéril* dans presque toute l'étendue du poumon, « et cependant, ajoute-t-il, malgré cette respiration énergique, qui ici ne peut être considérée comme supplémentaire, les sujets éprouvent constamment une dyspnée qui quelquefois devient extrême, même dans l'état d'immobilité, et constitue l'asthme humide des praticiens. » Ces cas n'ont point été notés par d'autres observateurs. S'ils existent, on doit les regarder comme de très rares exceptions. Peut-être, chez les sujets observés par Laënnec, y avait-il quelque complication, qui seule pourrait nous rendre compte de cette anomalie.

Dans la forme de catarrhe appelé *pituiteux*, on a trouvé un mélange de râle sonore, sibilant, subsibilant (Laënnec), de râle ronflant, imitant le bruit d'une corde de violoncelle ou le chant de la tourterelle, et enfin le râle sous-crépitant. On voit qu'il n'y a pas une grande différence entre ces résultats et ceux qu'a fournis l'examen des sujets affectés du catarrhe muqueux ordinaire.

Dans la variété que l'on a désignée sous le nom de *catarrhe sec*, on n'entend pas de râle sous-crépitant, mais bien un râle sibilant, dans une petite étendue de la poitrine. Parfois Laënnec a constaté un *cliquetis* analogue à celui d'une petite soupape : bruit rare, qui ne se fait guère entendre que dans les expirations profondes avant ou après la toux, et qui, selon cet auteur, est dû au mouvement d'un crachat perlé, déplacé par le passage de l'air.

Lorsqu'il survient une de ces exacerbations qui sont fréquentes dans le catarrhe chronique, ces caractères stéthoscopiques sont plus ou moins modifiés, et se transforment en ceux du *catarrhe aigu* que j'ai longuement indiqués plus haut (voy. *Bronchite aiguë*).

Malgré l'existence de tous ces symptômes, la santé générale reste ordinairement bonne. Il n'y a habituellement ni fièvre, ni trouble des fonctions digestives, ni affaiblissement, ni amaigrissement. Il n'en est pas de même lorsqu'il survient des exacerbations et que la bronchite prend les caractères de l'état aigu ; car alors les symptômes peuvent être plus intenses qu'ils ne le sont dans une bronchite aiguë survenant chez un sujet dont les poumons sont tout à fait sains. Ce sont peut-être ces exacerbations qui ont fait admettre, dans certains cas, l'existence de la fièvre et d'un dépérissement marqué dans la bronchite chronique. Quelquefois on a noté des symptômes de fièvre hectique ; mais en examinant attentivement le petit nombre de bonnes observations que nous possédons, je n'ai pas trouvé un seul cas dans lequel on puisse affirmer qu'il n'existait pas une complication d'une autre maladie chronique, soit des poumons, soit du cœur, soit d'un organe plus éloigné.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très variable. Ordinairement les malades n'éprouvent presque aucun accident pendant la belle saison, tandis que pendant l'hiver ils sont généralement plus oppressés, ont une expectoration plus abondante, et sont

atteints, une ou plusieurs fois, d'une bronchite aiguë qui les fatigue beaucoup, dure ordinairement longtemps, et laisse après elle un état pénible, qui ne se dissipe que lentement. Parfois on voit des sujets, qui ont eu pendant quelques années plusieurs exacerbations dans le cours de l'hiver, rester deux ou trois ans sans en éprouver, puis en être repris comme auparavant.

La *durée* de la maladie est illimitée. Lorsque le catarrhe est passé à l'état chronique chez un vieillard, on a tout lieu de craindre qu'il ne persiste jusqu'à la fin de l'existence.

On a dit que la bronchite chronique pouvait se *terminer par la mort*. On est peu surpris que les anciens aient eu cette opinion, puisqu'ils pensaient que la toux longtemps prolongée, c'est-à-dire le catarrhe, pouvait produire la phthisie pulmonaire (1). Quant aux observateurs qui ont écrit dans les vingt dernières années, il est facile de voir combien leur opinion a changé à mesure que la percussion et l'auscultation ont été mieux connues et mieux appliquées. Il y a vingt ans, le catarrhe pulmonaire passait pour une maladie fréquemment mortelle, comme on peut en juger par les registres de mortalité de la Salpêtrière, et alors la phthisie pulmonaire et la pneumonie étaient rarement désignées comme cause de mort. Plus tard, lorsque l'examen des signes physiques est venu éclairer le diagnostic, et que l'anatomie pathologique a été faite avec soin, ces deux dernières maladies sont devenues bien plus fréquentes, et la première a presque complétement disparu des registres de mortalité. Je n'ai pas rencontré un seul cas dans lequel la mort fût causée par les simples progrès de la bronchite chronique. Le plus souvent il se déclare pendant l'hiver, au lieu d'un simple catarrhe, comme les hivers précédents, une pneumonie à laquelle on a donné le nom de catarrhale, et qui emporte le malade. D'autres fois, c'est une bronchite aiguë, mais tellement étendue, qu'elle constitue la maladie décrite plus haut sous le nom de bronchite capillaire générale, et dont j'ai signalé toute la gravité. Les anciens ont désigné cette dernière maladie par le nom de *peripneumonia notha*.

Quant à la terminaison par la guérison, il faut dire qu'elle est rare ; on ne l'a guère observée que chez les sujets jeunes et qui n'avaient qu'un catarrhe aigu passé à l'état chronique. Quelquefois cette terminaison favorable a été procurée par un changement de climat et d'habitudes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Elles ont été principalement étudiées dans des cas où la bronchite existait comme complication.

On a trouvé la muqueuse bronchique d'un rouge violacé, brunâtre ou grisâtre. Tantôt cette coloration occupe une étendue assez considérable de l'arbre bronchique, tantôt elle se montre par plaques irrégulièrement disséminées. La perte de transparence, le ramollissement, l'épaississement de cette membrane, se font aussi remarquer ; et, de plus, sa surface, au lieu de présenter un aspect lisse et brillant, est terne, rugueuse et finement granulée.

La cavité des bronches contient une quantité ordinairement notable de mucus puriforme ou visqueux, suivant que l'inflammation a pris ou non les caractères de

(1) BAGLIVI, *Praxeos medicæ*, liber I, *De tussi*.

l'état aigu, vers la fin de l'existence. Parfois on trouve de gros pelotons muqueux endurcis, obstruant des rameaux bronchiques considérables, ainsi que M. Andral en a, comme je l'ai dit plus haut, cité des exemples.

On remarque quelquefois, chez les sujets qui ont depuis longues années une bronchite chronique, la *dilatation* et plus rarement le *rétrécissement* des bronches ; mais ces deux lésions, et surtout la première, donnent lieu à des symptômes assez importants pour mériter une description à part : c'est pourquoi je n'en ai pas parlé dans cet article.

Enfin, on a trouvé quelquefois les ganglions bronchiques plus volumineux qu'à l'état normal.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Nous avons vu que la bronchite chronique présentait à des intervalles variables des exacerbations qui lui donnaient tous les caractères de la bronchite aiguë. Les commémoratifs seuls peuvent, dans ce cas, nous apprendre si cette bronchite aiguë s'est développée ou non dans le cours d'un catarrhe chronique. Quant au diagnostic qu'on a établi entre la bronchite aiguë et la bronchite chronique, il me paraît trop simple pour l'indiquer ici.

Ce n'est qu'à un examen très superficiel qu'on pourrait confondre la bronchite chronique avec la *pneumonie chronique*, qui d'ailleurs est infiniment moins fréquente. L'absence de la matité, de la respiration bronchique, de tout mouvement fébrile et de dépérissement, feront assez facilement reconnaître qu'il s'agit d'une simple bronchite, et non d'une pneumonie. On remarquera d'ailleurs que le râle sous-crépitant existe des deux côtés dans la bronchite, ce qui est au moins fort rare dans la pneumonie.

Il n'est pas plus difficile de distinguer la *pleurésie chronique* de la maladie dont nous nous occupons. Dans la première, le son mat dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine, la faiblesse du bruit respiratoire dans le même point, son éloignement de l'oreille, son timbre sec qui lui donne le caractère bronchique dans les points où il est le plus facilement entendu, suffisent pour assurer le diagnostic, sans qu'on ait besoin de recourir à la différence de l'expectoration et à l'état général du malade.

La *phthisie pulmonaire*, lorsqu'elle est parvenue à une période avancée, ne présente pas de plus grandes difficultés. La matité sous les clavicules, le gargouillement ou la respiration caverneuse, la pectoriloquie, etc., ne permettent pas de douter de l'existence d'une phthisie. Mais lorsque cette maladie est à son début, les signes physiques sont beaucoup moins marqués, et alors il pourrait y avoir quelque incertitude. On examinera donc avec soin l'état général et les symptômes locaux présentés par les malades : s'il y a un dépérissement peu en rapport avec les symptômes locaux, de la pâleur, de la faiblesse, des sueurs nocturnes, on soupçonnera la phthisie pulmonaire plutôt que la bronchite. Si, pendant longtemps, la toux reste sèche, ou ne donne lieu qu'à une excrétion de crachats très peu abondants, sans caractères particuliers, s'il existe des douleurs entre les épaules, une dyspnée assez marquée, et un léger mouvement fébrile le soir, la certitude augmentera. Enfin, si l'on constate l'absence complète du râle sous-crépitant à la partie postérieure de la poitrine, et, au contraire, sous les clavicules, une altération quel-

conque du bruit respiratoire, telle que l'affaiblissement d'un côté, un peu de rudesse, le prolongement de l'expiration, quelques craquements, on ne pourra plus douter de l'existence de la phthisie, et l'idée d'une bronchite chronique devra être entièrement repoussée.

Si l'on a pensé que l'*emphysème pulmonaire* pouvait être confondu avec la bronchite chronique, c'est que dans la première de ces deux maladies il existe fréquemment un certain degré de catarrhe, et toujours une dyspnée plus ou moins considérable. Je renvoie le diagnostic de ces deux affections à l'article où je traiterai de l'emphysème.

Enfin, on a cherché à distinguer la bronchite chronique de la *dilatation des bronches ;* mais, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, cette dilatation des bronches n'est autre chose qu'une conséquence de la bronchite elle-même ; il suffira donc, lorsque j'aurai à m'en occuper, d'indiquer les caractères particuliers qu'elle présente.

Pronostic. On a vu, par ce que j'ai dit à propos de la terminaison de la maladie, que la bronchite chronique n'est point dangereuse par elle-même ; mais les sujets qui en sont atteints sont très exposés à contracter une pneumonie mortelle. Chez eux, également, la bronchite aiguë, qui survient fréquemment, a plus de tendance à occuper une grande étendue des bronches, et, par suite, à devenir très grave. Enfin la bronchite chronique entraîne quelquefois à sa suite la dilatation des bronches. Il en résulte que cette affection est réellement sérieuse, et demande des soins très attentifs, surtout chez les vieillards, qui sont bien plus exposés que l'adulte aux accidents que je viens d'énumérer.

§ VII. — Traitement.

Si nous avons éprouvé beaucoup de difficulté à découvrir, dans les observations trop incomplètes que nous possédons, quelques résultats positifs relativement aux causes, aux symptômes et au diagnostic, nous en éprouvons bien plus encore quand il s'agit du traitement, trop fréquemment fondé sur une expérience peu concluante ou sur des opinions théoriques. Je vais néanmoins exposer méthodiquement ce que les observateurs nous ont appris de plus précis.

Émissions sanguines; émollients. Ces moyens ont été généralement très peu employés dans la bronchite chronique. Dans ces derniers temps, Broussais (1) les a préconisés, dans cette affection comme dans toutes les inflammations chroniques. Néanmoins on voit, en lisant ses observations, qu'il ne les a guère appliqués qu'aux cas dans lesquels il existait une exacerbation marquée, qui avait ramené la maladie à l'état aigu. C'est au moins ce qu'il est permis de dire des émissions sanguines, dont Broussais s'est montré plus sobre dans cette maladie que dans les autres.

La *saignée générale* est rarement mise en usage. Cependant M. Armstrong (2) vante les effets de saignées très petites, pratiquées à des intervalles assez courts. Le même auteur regarde au contraire comme nuisibles les saignées trop abondantes, et j'ai déjà dit que plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Laënnec et Stoll,

(1) *Hist. des phl. chroniq.*, t. I, p. 195 et suiv., 3e édit.

(2) *Practic. illust. of the scarlat. fever, and pulm. consumpt.;* London, 1818.

pensaient que de trop fortes émissions sanguines perpétuaient les catarrhes chroniques. On voit par là qu'il n'y a rien de précis sur l'emploi de ce moyen, et que c'est au médecin à juger si l'existence de certains symptômes de l'état aigu l'autorise à y avoir recours. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sangsues* et des *ventouses scarifiées* qui ont été un peu plus souvent appliquées.

Les *émollients* ont été mis en usage pour compléter le traitement antiphlogistique. Ce n'est donc que dans les cas où les émissions sanguines ont pu paraître indiquées qu'ils ont été prescrits. *Une tisane pectorale* et des *cataplasmes émollients* sont les moyens simples dont Broussais et le docteur Alizard (1) ont fait usage. En somme, on peut dire que la médication dite antiphlogistique est de peu d'importance dans l'affection qui nous occupe.

On peut rapprocher des médicaments de cette espèce un moyen qui a été employé par plusieurs médecins : je veux parler des *vapeurs humides* agissant sur la surface du corps. Le docteur Rapou (2) cite quelques cas de catarrhe pulmonaire chronique dans lesquels les *bains généraux de vapeur* ont eu du succès, et M. Girard (3) affirme avoir obtenu les meilleurs effets en maintenant les malades dans une atmosphère chargée de vapeurs émollientes, ou bien en faisant parvenir, au moyen d'un tuyau de fer-blanc, sous les couvertures du lit, les vapeurs qui s'exhalent du vase. On sent combien l'observation a encore à faire pour établir définitivement la valeur de ce moyen, qu'il est bon néanmoins de connaître.

Vomitifs; purgatifs. Les vomitifs ont été très vantés dans le traitement de la bronchite chronique, mais on les a employés très diversement. Ainsi, tantôt on s'est borné à donner un ou deux vomitifs à la dose ordinaire, tantôt on les a répétés fréquemment, et tantôt enfin on a donné ces médicaments à haute dose. Laënnec assure avoir obtenu, à l'aide des vomitifs répétés autant que le permettaient la force du sujet et la manière dont il supportait leur action, de nombreuses guérisons chez des vieillards, et surtout chez les adultes et les enfants. Il est fâcheux que nous n'ayons pas les détails des observations, afin de juger quelles étaient, dans ces cas, l'ancienneté et la gravité de la maladie.

Le vomitif dont on s'est le plus souvent servi est le *tartre stibié*. Pour l'administrer comme le faisait Laënnec, on doit le donner à la dose de 5 ou 10 centigrammes, tous les deux ou trois jours, ou moins souvent si l'action paraissait trop forte. M. Thomson (4) veut qu'on donne l'émétique à haute dose, et par haute dose il entend 5, 10 ou 15 centigrammes, répétés toutes les deux ou trois heures, selon les circonstances. Jamais il ne lui a paru nécessaire d'élever la dose au-dessus de 15 centigrammes. M. Gintrac (5) cite dix cas dans lesquels il a obtenu de très bons effets de l'emploi du tartre stibié à haute dose.

Quelques auteurs préfèrent l'*ipécacuanha*, et dans le nombre il faut citer principalement M. Elliotson (6), qui le regarde comme bien supérieur au tartre stibié. Il le prescrit à la dose de 1,50 grammes tous les matins.

Enfin on a administré le *sulfure d'antimoine*, qui est d'un usage bien moins

(1) *Bibl. méd.*, t. LXVII, p. 345; 1820.
(2) *Traité de la méth. fumig.*, t. I, p. 295 et suiv.; Paris, 1824.
(3) Voy. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 65.
(4) *Lect. on cas.*, etc. (*Lond. med. Gaz.*, vol. II. p. 364; 1832-33).
(5) *Journ. de méd. de Bordeaux*, octobre 1845.
(6) *Lond. med. Gaz.*, vol. XII, p. 103; 1835.

général; mais comme on l'a donné ordinairement à petite dose, c'est plutôt comme expectorant que comme vomitif qu'il a été prescrit. Le *polygala*, dont on a quelquefois recommandé l'usage, doit-il être rangé parmi les médicaments dont nous parlons? Je ne le pense pas, parce que les doses auxquelles il a été prescrit n'étaient pas suffisantes pour provoquer le vomissement.

Parmi les *purgatifs*, il faut citer d'abord le *calomel*, dont les Anglais font un si fréquent usage dans la bronchite chronique, comme dans tant d'autres maladies. C'est généralement à petites doses qu'il a été administré, et presque toujours on l'a associé à d'autres médicaments, soit toniques, soit narcotiques. Quelques médecins, et entre autres le docteur Williams, ont eu recours, et, suivant eux, avec succès, à la *teinture de colchique d'automne;* M. Williams la prescrivait à la dose de 20 gouttes par jour dans une cuillerée de liquide. Dans un cas, M. Lembert (1) appliqua 0,25 grammes d'*aloès* sur un vésicatoire, ce qui produisit plusieurs selles copieuses; mais il est impossible, dans l'observation, d'apprécier exactement l'effet que ce médicament produisit sur la maladie. Enfin, on a prescrit le *copahu*, auquel M. Mériadec Laënnec semble n'accorder, dans cette circonstance, qu'un effet purgatif; mais comme plusieurs autres auteurs lui ont attribué une action spéciale, j'y reviendrai un peu plus loin.

On voit que nous n'avons rien trouvé de positif sur l'action des vomitifs et des purgatifs. Les premiers ont été plus fortement préconisés que les seconds; il serait nécessaire que des observations plus nombreuses vinssent nous éclairer sur la valeur des résultats obtenus au moyen des uns et des autres.

Expectorants. Les médicaments dits expectorants ont été si généralement employés dans cette affection, qu'ils semblent en former la médication principale. Néanmoins, il faut le dire, on est bien loin de savoir à quoi s'en tenir sur leur efficacité; il n'est même pas démontré qu'ils aient agi comme expectorants dans un bon nombre de cas où on les a administrés comme tels. C'était dans le but de favoriser l'expectoration et de *donner du ton aux bronches relâchées* qu'on administrait autrefois un grand nombre de remèdes excitants. Quelques formules empruntées à Arétée et à Galien serviront à faire connaître quelles substances on employait, et comment on les associait.

Arétée recommande les bols suivants :

Bols d'Arétée.

℞ Miel	25 gram.	Galbanum	56 gram.
Térébenthine	8 gram.		

Faites cuire ces substances ensemble, et, quand le mélange aura acquis une consistance convenable, faites-en des bols de la grosseur d'une fève ou d'une noisette, dont on prendra un ou deux matin et soir.

Le même auteur prescrivait encore la poudre suivante :

℞ Pouliot	60 gram.	Graines de lin	10 gram.
Cônes de pin	àà 10 gram.	Poivre cuit	30 gram.
Semences de chardon-marie			

Pulvérisez. Prendre matin et soir une ou deux pincées de cette poudre dans du miel cuit.

(1) *Journ. des progr.*, t. VIII, p. 338; 1828.

Galien mêlait aux diverses substances excitantes une certaine quantité d'opium. Ainsi il prescrivait :

Bols de Galien.

℞ Styrax.............. Galbanum.......... Gomme ammoniaque..	āā parties égales.	Castoréum.......... Opium..............	āā parties égales.

Faites des bols de la grosseur d'une amande, dont on prendra un le soir.

Depuis lors, les excitants résineux et balsamiques, aussi bien que les expectorants proprement dits, ont été d'un usage général, et l'on trouve partout des formules dans lesquelles entrent ces médicaments.

Parmi les *expectorants proprement dits*, il faut citer l'*hyssope*, le *lierre terrestre*, la *scille*, le *polygala*, le *baume du Pérou*, le *benjoin*, le *kermès*, la *gomme ammoniaque* et les *vomitifs à faibles doses* qui sont journellement employés. Ils font partie d'une multitude de formules qu'il serait beaucoup trop long d'énumérer ici, et dont je donnerai quelques unes dans les ordonnances.

On a cherché à porter le médicament sur la membrane enflammée elle-même. Pour y parvenir, on a eu recours aux fumigations faites avec le *benjoin*, le *genièvre*, le *goudron*, et autres substances *excitantes*, telles que l'*iode* et divers *chlorures*. Ces fumigations de chlore et d'iode consistent en inspirations plus ou moins répétées, à l'aide de l'appareil de MM. Gannal et Richard. M. Toulmouche a employé ce moyen dans un assez grand nombre de cas, et il conclut de ses observations (1) que le chlore doit être administré dans la bronchite chronique, et que l'on abrége de beaucoup, par ce moyen, la durée d'une maladie opiniâtre, quelquefois même rebelle à toute espèce de traitement. Voici comment ce médecin procède aux fumigations :

FUMIGATIONS DE CHLORE, PROCÉDÉ DE M. TOULMOUCHE.

L'appareil dont on doit se servir se compose d'un flacon à large goulot, fermé par un bouchon percé de deux ouvertures, l'une pour y faire passer un tube de verre droit, destiné à plonger dans l'eau ; l'autre un second plus volumineux du double, recourbé à angle obtus et légèrement aplati à l'extrémité : c'est ce dernier tube qui doit être introduit dans la bouche du malade. Ce flacon est chaque fois rempli au quart d'eau chaude dans laquelle on verse l'eau chlorée goutte par goutte ; on applique aussitôt le bouchon tubulé, et l'on commence les aspirations. On les pratique de quatre à six fois par jour, pendant dix minutes ou un quart d'heure. Quant à la dose du médicament, elle doit être progressive : on commence par 10 gouttes, et l'on va en augmentant tous les jours, tantôt de 5 gouttes seulement, tantôt du double, suivant la susceptibilité du sujet, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à 30 ou 40 gouttes, dose qu'il est ordinairement inutile de dépasser. Il faut avoir soin de recouvrir avec un papier noir le flacon contenant l'eau chlorée.

Quelquefois cette médication produit un effet beaucoup trop irritant, et donne lieu à des accidents assez graves de bronchite aiguë. C'est un point sur lequel n'ont pas insisté les auteurs qui l'ont préconisée. Le médecin devra donc surveiller attentivement l'action du médicament, car elle pourrait être plus vive qu'il ne le désire.

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1834, 2e série, t. IV, p. 576, et *Journ. de méd. et chir. prat.*, t. II, p. 342.

Suivant Laënnec, l'usage intérieur de l'eau de *goudron* pour boisson habituelle a quelquefois suffi pour guérir des catarrhes chroniques. Dans le cas où l'on voudrait administrer ce médicament, on prescrirait :

℥ Goudron............	500 gram.	Eau...............	10,000 gram.

Mettez le tout dans un vase, et agitez de temps en temps le mélange avec une spatule de bois. Après dix jours de macération, décantez et filtrez ; édulcorez avec quantité suffisante de sirop de gomme ou de tolu. A prendre par tasses, pure ou coupée avec du lait.

Dans le cas où l'on voudrait administrer ce médicament *en vapeur*, on le ferait bouillir lentement, soit seul, soit mêlé avec de l'eau, dans la chambre du malade, de manière à en charger l'atmosphère.

Enfin, on a proposé les fumigations de *créosote*. Suivant M. Junod, qui dirige principalement l'action de ce médicament contre la phthisie pulmonaire, il suffit de placer près du lit du malade un flacon bouché à Lémeri et contenant de la créosote ; l'odeur qui s'en exhale, même sans ôter le bouchon, est généralement assez forte pour remplir les intentions du médecin. Pour obtenir une action plus puissante, on verserait quelques gouttes de créosote sur un linge.

M. Martin-Solon a fait faire des fumigations avec l'*eau créosotée*. Pour les pratiquer, il suffit de verser dans l'appareil mis en usage par M. Toulmouche, 4 ou 5 gouttes de créosote, au lieu de chlore liquide.

Quant aux fumigations faites avec des *substances résineuses*, il faut en projeter une certaine partie sur des charbons ardents ou sur une plaque de fer rouge, et aspirer la fumée qui se dégage. On peut aussi en charger l'atmosphère d'une chambre, dans laquelle on fait séjourner le malade pendant un temps plus ou moins long, suivant qu'on le juge nécessaire.

On doit rapprocher de ce traitement celui qui a été proposé par le docteur Drake, de New-York, et qui a été rapporté par MM. Blache et Chomel ; ce sont les *aspirations d'air froid*. Voici comment M. Drake applique ce moyen :

ASPIRATIONS D'AIR FROID (M. DRAKE).

Pour exciter une action révulsive à la surface du corps, il fait envelopper la poitrine d'un vêtement ouaté avec de la laine et doublé de fourrures, il fait ensuite placer le malade dans un lit bien chaud, ou bien il le met dans un bain à la température de 98° F. (29° R.). Dans cette situation, il lui fait respirer, au moyen d'un tube, l'air atmosphérique, lorsque sa température est assez basse ; dans le cas contraire, il fait passer l'air dans un réservoir où il le refroidit jusqu'à 40° F. (3° R.) au moyen de la glace. Il fait ordinairement continuer l'inspiration de l'air froid pendant une heure, et il y revient jusqu'à trois fois par jour.

Lorsque la température de l'air inspiré n'est pas supérieure à 50° F. (8° R.), il en résulte constamment une sensation agréable de fraîcheur dans la poitrine, accompagnée parfois d'élancements douloureux dans les épaules, que les malades rapportent aux parties extérieures et aux muscles. Le pouls, s'il est fréquent, diminue de vitesse *au point d'être réduit quelquefois à* 10 ou 12 *pulsations par minute*. Ce moyen calme généralement la toux, et au bout de deux ou trois jours il diminue sa fréquence de moitié, en rendant l'expectoration plus libre et plus

facile. La chaleur devient plus supportable, et la peau elle-même devient plus souple et plus douce au toucher.

Suivant M. Drake, c'est surtout pendant la saison chaude que cette médication est avantageuse.

Après avoir exposé cette méthode de traitement, les auteurs que je viens de citer font remarquer que M. Drake a été principalement guidé par des idées théoriques, et qu'il serait nécessaire, pour se prononcer, de posséder de nouvelles et nombreuses observations qui nous manquent. On ne peut s'empêcher de partager cette opinion, et de remarquer, en outre, que si cette médication a paru *principalement* avantageuse dans la saison chaude, c'est sans doute parce que la maladie tend naturellement à s'améliorer dans cette saison.

Révulsifs. Ce sont encore là des moyens que l'on a employés dans presque tous les cas. On a cherché, en produisant une révulsion plus ou moins forte sur la peau, à faire cesser l'état d'irritation chronique dans lequel se trouvent les bronches. A cet effet, on a mis en usage les *rubéfiants*, les *irritants* de la peau : ainsi les *sinapismes* sur les parois de la poitrine, les *frictions sèches* ou rendues *stimulantes* par un liquide alcoolique chaud, sur le thorax et les membres. La plupart des médecins ont porté cette médication à un degré d'action plus haut encore, en mettant en usage, soit l'*huile de croton tiglium*, soit la *pommade d'Autenrieth* en frictions sur la poitrine. Plus souvent encore, on applique sur les parties extérieures et latérales du thorax un *emplâtre de poix de Bourgogne* saupoudré avec 1 gramme ou plus de tartre stibié, jusqu'à production de pustules. M. Thomson avait ordinairement recours à ce dernier moyen. Le docteur Elliotson, au contraire, le traite de moyen dur et cruel. Il est fort difficile, comme on le voit, de se prononcer sur une médication aussi diversement jugée; et malheureusement l'absence de bonnes observations nous empêche d'apprécier avec rigueur la valeur de ces opinions contraires. Les *ventouses sèches* et *scarifiées* ont encore été employées comme révulsifs. M. Dubourg (1) a rapporté plusieurs cas dans lesquels ces moyens auraient eu du succès; mais ces expériences n'ont pas été renouvelées.

On a enfin eu l'idée d'appliquer sur la poitrine des *vésicatoires* ou des *sétons*. Les vésicatoires ont été très fréquemment mis en usage; ils sont recommandés par Laënnec, Broussais, Andral, Thomson, etc., mais sans qu'on puisse s'assurer, par les observations, qu'ils aient eu une efficacité réelle. Il faut en dire autant de la vésication produite par la *pommade de Gondret*, et du *séton*, qui a été beaucoup plus rarement employé. Je trouve néanmoins (2) une observation de M. Rostan qui est tout à fait en faveur de l'efficacité du séton. Par ce moyen, en effet, une bronchite chronique qui avait résisté à l'emploi de beaucoup d'autres moyens guérit avec rapidité et radicalement. Suivant la recommandation de M. Rostan, il faut mettre un *large* séton, et même plusieurs si le cas l'exige. Il est toutefois, je le répète, bien difficile de se former une opinion sur ces moyens, qui n'ont pas encore été expérimentés rigoureusement, et auxquels on a eu recours trop souvent, plutôt par habitude que par la certitude où l'on était de leur efficacité. Cependant si, avec les symptômes ordinaires de la bronchite, il existe des douleurs plus

(1) *Mém. lu à l'Acad. de méd.*, mars 1830.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*; 1835.

ou moins vives dans les parois de la poitrine, on doit espérer de bons effets de ce médicament topique, et surtout du vésicatoire, si puissant contre ces espèces de douleurs.

Dans quelques cas, de bons effets ont été produits par l'application de l'*emplâtre stibié :* c'est un fait dont on ne peut douter ; mais est-ce à l'irritation produite par l'émétique qu'il faut rapporter uniquement le succès? L'application d'un emplâtre sur les parois de la poitrine, abstraction faite de toute autre action du médicament, n'y entrerait-elle pas pour beaucoup ? On est autorisé à se faire cette question, lorsque l'on remarque les effets que produit un simple *emplâtre de diachylum* appliqué sur le thorax. Non seulement, en effet, il fait disparaître les douleurs dont nous venons de parler, mais encore il calme, le plus souvent, les principaux symptômes de la bronchite. C'est donc là un moyen bien simple, qu'il ne faut pas perdre de vue, et qui, sans avoir assez d'efficacité pour triompher de la maladie, procure néanmoins une amélioration notable, et prévient parfois des exacerbations dangereuses.

Astringents. Les médicaments de ce genre ont été mis en usage dans le but de donner plus de ton à la membrane muqueuse relâchée, et d'arrêter une sécrétion trop abondante; aussi est-ce dans les cas désignés sous le nom de *bronchorrhées* qu'on les a plus particulièrement administrés. La *ratanhia*, le *monésia*, le *cachou*, le *tannin*, et surtout l'*acétate de plomb*, sont ceux qui ont été le plus fréquemment mis en usage. Je ne parlerai pas des premiers, parce que les expérimentations à leur égard ne sont pas suffisantes. Quant à l'acétate de plomb, il est mis au premier rang des remèdes contre la bronchite chronique par le docteur Henderson, qui l'administre de la manière suivante (1) :

Pilules d'Henderson.

℞ Acétate de plomb......	àâ 2 gram.	Scille..................	2 gram.
Extrait de jusquiame...			

F. s. a. 40 pilules dont on prendra 3 ou 4 par jour.

Si le médecin ne trouvait pas la dose suffisante, il pourrait doubler la quantité de l'acétate de plomb. Chez les enfants, on ne doit jamais la dépasser.

Si l'on en croit M. Henderson, au bout de peu de temps, la sécrétion surabondante commence à se tarir, et avec elle ne tardent pas à disparaître les autres symptômes de la bronchite chronique. Ce sont là des assertions qu'il faut renvoyer à l'examen des observateurs.

Narcotiques. J'arrive enfin à une médication qui, depuis les temps les plus reculés, a joui du plus grand crédit : je veux parler de la médication par les *narcotiques*. Nous avons vu plus haut que déjà Galien avait associé l'*opium* à toutes ses préparations contre le catarrhe chronique. Il a été imité par la plupart des médecins qui l'ont suivi ; mais presque toujours, jusqu'à ces derniers temps, on a mêlé ce médicament à d'autres substances, auxquelles on n'attribuait pas une moindre efficacité. Voici, par exemple, la formule qu'employait le plus souvent Ettmüller (2):

(1) *Lond. med. Gaz.*, vol. XXVI, p. 263 ; 1839-40.
(2) *De viis respir. lœs.* (*Opera omnia*, t. I, p. 177); Lugd., 1690.

℞ Blanc de baleine..... Succin préparé.......	àà 1 gram.	Opium............ 0,15 gram.

Mêlez. Divisez en 8 parties égales, dont on donnera une à cinq heures après midi, et une autre à l'entrée au lit, après un léger repas.

Le *datura stramonium* a été administré dans les mêmes circonstances, et maintes fois on a observé qu'il calmait la toux et rendait l'expectoration plus facile, dans des cas où l'opium n'avait pas pu produire ces effets avantageux. M. Elliotson prétend néanmoins que cette substance ne diminue pas la toux, mais cette assertion, à l'appui de laquelle il ne fournit aucune preuve, est démentie par les faits qui se passent journellement sous nos yeux.

Le datura est prescrit sous plusieurs formes. La plus commode est celle d'extrait, que l'on administre en pilules. On peut encore le donner, comme le conseille Laënnec, en poudre récemment préparée, à la dose de 3 à 5 centigrammes. « Son administration, dit cet auteur, est souvent suivie de la cessation subite, mais momentanée, de la dyspnée. Si l'on explore dans ce moment, ajoute-t-il, la respiration à l'aide du stéthoscope, on voit qu'elle n'est ni plus libre ni plus étendue qu'auparavant ; et cependant le malade n'éprouve plus d'oppression, le besoin de respirer est par conséquent diminué. » Dans ces derniers temps, on a imaginé de faire fumer le datura sous forme de cigarettes. J'ai indiqué ce moyen dans un des précédents articles, et j'y reviendrai à l'occasion de l'emphysème pulmonaire.

Ce que je viens de dire du datura stramonium s'applique entièrement à la *belladone*, dans laquelle Laënnec avait une très grande confiance, et qu'il administrait de la même manière.

Plusieurs autres préparations narcotiques ont été mises en usage : ainsi la *jusquiame*, en fumigation, par M. Elliotson ; la *ciguë*, l'*hydrochlorate*, l'*acétate de morphine*, la *codéine*, les *pilules de Morton*, la *poudre de Dower*, etc., par un grand nombre de médecins. Mais il est inutile de multiplier ces indications, attendu que tous ces médicaments agissent de la même manière, quoique avec un degré d'efficacité différent.

Si, pour quelques motifs, on craignait d'introduire ces substances dans les voies digestives, on pourrait se servir de la méthode endermique, comme M. Lembert l'a fait avec succès dans un cas. L'*acétate de morphine*, d'abord appliqué à la dose de 3 centigrammes, fut porté dans l'espace de vingt jours, après plusieurs suspensions du traitement, à la dose de 20 centigrammes, et la maladie, qui durait depuis quatorze ans, eut bientôt complétement disparu. Il est fâcheux que l'auteur ne nous ait point donné la description de l'état de la poitrine, à l'époque de la sortie du malade de l'hôpital.

Copahu, térébenthine, poivre cubèbe. Les effets du baume de copahu, dans la blennorrhagie, ont donné l'idée d'employer cette substance dans presque toutes les affections dites catarrhales. Aussi n'a-t-on pas manqué d'y recourir dans la bronchite chronique. Déjà Hallé (1) avait indiqué un cas où une expectoration des plus abondantes et d'aspect purulent fut tarie rapidement, à la suite de l'administration du baume de copahu. En 1818, M. John Armstrong fit connaître la manière

(1) *Œuv. de Tissot*; Paris, 1807, t. I, note du ch. IV, p. 150.

dont il administrait ce médicament, auquel il attribue une grande influence. La voici :

TRAITEMENT PAR LE COPAHU, PAR M. ARMSTRONG.

D'abord on administre ce médicament dans de l'eau ou dans un mucilage, à la dose de 30 ou 40 gouttes, trois fois par jour. Les jours suivants, on augmente la dose de 5 ou 10 gouttes, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à 60 ou 80.

Quand, dès le premier jour, l'expectoration et la toux diminuent, il est inutile de porter la dose aussi haut. Dans le cas contraire, on peut la dépasser sans inconvénient. Si le malade n'éprouve que quelques nausées ou un seul vomissement, il ne faut pas suspendre l'administration du remède, car ses effets sont plutôt utiles que nuisibles ; mais, dans quelques cas, le copahu agit comme un violent cathartique : on doit alors l'administrer dans une petite quantité d'eau de menthe, avec quelques gouttes d'alcool ou de vin aromatique camphré, ce qui suffit pour prévenir l'accident.

M. Laroche (1) a publié quelques observations, dans lesquelles le baume de copahu, administré à peu près de la même manière, a paru produire d'heureux effets. Néanmoins il faut dire que ce médicament a toujours été associé à d'autres, et notamment à l'opium, en sorte qu'il est difficile de juger de son efficacité réelle. C'est au praticien à renouveler les expériences avec les précautions que j'ai indiquées.

M. Bretonneau (2) fit disparaître une bronchite chronique des plus intenses, à l'aide du *baume de copahu* administré *en lavement*.

M. le docteur Avisard (3) a publié une observation de catarrhe pulmonaire chronique guéri par l'emploi de la *térébenthine*. Le sujet, qui présentait depuis quatre mois tous les symptômes de la bronchite chronique, fut, dit l'auteur, complétement guéri, le douzième jour du traitement, par cette substance administrée en pilules, à la dose de 2 grammes, que l'on porta ensuite progressivement jusqu'à 12 grammes. Au premier abord, ce fait paraît aussi concluant que peut l'être un fait isolé ; mais je dois faire remarquer qu'au moment où l'on prescrivit la térébenthine, la maladie commençait à s'améliorer considérablement, en sorte qu'on pourrait bien avoir attribué au médicament une guérison entièrement spontanée.

Le même motif qui a fait employer le baume de copahu a engagé à mettre en usage le *poivre cubèbe*. M. Gray (4) rapporte un cas où l'on voit un homme, affecté depuis trois ans d'une toux opiniâtre avec expectoration abondante, guérir promptement pendant l'administration du poivre cubèbe. Il affirme qu'il a observé plusieurs cas analogues ; mais ces faits, qui ne sont pas par leur nature aussi concluants que paraît le croire l'auteur, puisque des frictions irritantes, le changement de régime, des habitudes nouvelles, ont agi concurremment, ne sont en outre ni assez nombreux ni assez détaillés pour fixer définitivement notre opinion. Il importait néanmoins de les faire connaître.

Moyens divers. Enfin on a employé plusieurs autres médicaments qui sont d'un

(1) *North. American, medic. and surg. Journ.*; 1826.
(2) *Bibl. de thérap.*, t. I, p. 390.
(3) *Bibl. médic.*, t. LXVII, p. 345 ; 1820.
(4) *Lond. med. Gaz.*, t. XXVI, p. 98.

usage moins répandu. Ainsi, chez les sujets faibles, et dont la maladie durait depuis longtemps, on a mis en usage les *toniques*, parmi lesquels le *quinquina* tient le premier rang. On a eu recours aux *ferrugineux*, principalement chez les femmes dont les règles se trouvaient suspendues. Laënnec a employé les *excitants spiritueux* de la même manière que dans la bronchite aiguë; mais il ne paraît pas avoir obtenu les mêmes succès.

M. Piorry (1), dans trois cas où l'expectoration était très abondante, imagina de soumettre les malades à l'*abstinence des boissons*, comme le fait M. Williams (*voy.* p. 42) pour le coryza aigu. Bientôt les crachats se supprimèrent, et la guérison fut complète. M. Piorry ajoute qu'il possède huit observations semblables, qui ne lui permettent pas de douter que, dans beaucoup de cas, on ne puisse tirer un parti très avantageux de l'abstinence complète des boissons. Il est à désirer que ces expériences soient continuées de manière à nous faire connaître exactement quel est le degré d'efficacité de ce moyen, et dans quels cas il est applicable.

Le *soufre* et les *préparations sulfureuses* possèdent, d'après quelques médecins, une espèce de vertu spécifique dans les maladies chroniques de la poitrine, et principalement dans la bronchite chronique. J'ai déjà indiqué le *soufre doré d'antimoine*. On a aussi administré les *fleurs de soufre* à la dose de 3 décigrammes, dans un looch ou en pilules; mais ce qu'on a recommandé avec le plus de confiance, ce sont les *eaux sulfureuses*, et principalement celles de Cotteretz, de Saint-Sauveur, les Eaux-Bonnes, dans les Pyrénées; celles d'Aix, en Savoie, etc. Il est inutile d'ajouter que l'observation exacte ne nous a rien appris de précis sur ce moyen.

Le docteur Graves affirme qu'il a obtenu les plus heureux effets de l'emploi du *mercure* agissant d'une manière spéciale sur la muqueuse des bronches; mais les observations ne sont pas assez concluantes et n'ont pas été assez répétées pour qu'on puisse se prononcer positivement.

Enfin, M. Michéa (2) a vanté l'action du *phellandrium aquaticum* dans les bronchites chroniques. Il donne de deux à quatre cuillerées, par jour, de *sirop de phellandrium*. Je reviendrai sur ce médicament à l'article *Phthisie*.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE.

1° Le régime sera léger, sans être débilitant. Le malade évitera tout excès et tout écart de régime.

2° On lui fera porter de la flanelle sur la peau.

3° Il évitera les courants d'air, l'action du froid humide et le passage brusque du froid au chaud.

Résumé; ordonnances. Après les détails dans lesquels je viens d'entrer, je puis réunir ici sans commentaire les principales ordonnances qui en résultent.

(1) *Bull. cliniq.*, 1836, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 438.
(2) *Bull. de thér.*, décembre 1847.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE BRONCHITE CHRONIQUE DE MÉDIOCRE INTENSITÉ.

1° Pour tisane :

℞ Infusion d'hyssope...	1000 gram.	Oxymel scillitique.....	65 gram.

A prendre par petites tasses, dans la journée.

2° ℞ Gomme adrag. en poudre.	1 gram.	Infusion d'hyssope........	130 gram.
Kermès minéral.......	0,10 gram.	Sirop de Tolu...........	35 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées, d'heure en heure.

3° ℞ Extrait de belladone...	0,20 gram.	Conserve de roses.........	1 gram.

Faites 8 pilules dont on prendra une le matin et une le soir.

4° Un emplâtre de diachylum sur la partie antérieure de la poitrine.

5° Régime doux et léger. Porter de la flanelle sur la peau, etc.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU IL RESTE QUELQUES SYMPTÔMES DE L'ÉTAT AIGU.

1° Pour tisane :

℞ Feuilles de guimauve....	30 gram.	Racine de réglisse.....	10 gram.
Racine de guimauve.....	15 gram.	Fleurs de bouillon-blanc	ââ 5 gram.
de polygala......	10 gram.	de pavot rouge..	

Incisez, mêlez, divisez en quatre paquets.

Pour faire la tisane, faites infuser, pendant un quart d'heure, un de ces paquets dans :

Eau bouillante................................ 1 litre.

Édulcorez avec :

Sirop de capillaire............................. 40 gram.

A prendre par grandes tasses. (Wirtemberg.)

2° Appliquer 8 ou 10 sangsues à la base de la poitrine, ou 3 ou 4 ventouses scarifiées au devant du sternum, dans le cas où l'irritation serait considérable. Chez les enfants, 2 à 4 sangsues sont suffisantes.

3° Embrocation huileuse sur la poitrine.

4° ℞ Manne en sorte.............................. 35 gram.

Faites-la dissoudre à une douce chaleur dans une tasse de lait.

A prendre en une fois.

5° ℞ Extrait aqueux d'opium.	1 gram.	Conserve de roses.........	Q. s.
Réglisse en poudre......	5 gram.		

Faites 20 bols dont on prendra un tous les soirs, quatre heures au moins après le dernier repas.

IIIe Ordonnance.

BRONCHITE CHRONIQUE ANCIENNE ET REBELLE.

1° Pour tisane :

℞ Racine de polygala.................. 15 gram.

Faites bouillir dans :

Eau........................ 1000 gram.

Jusqu'à réduction de moitié, et ajoutez :

Sirop d'hyssope................... 35 gram.

A prendre par grands verres.

Ou bien l'*hydromel composé* de la Charité, selon la formule suivante :

℞ Racine d'aunée..........	30 gram.	Fleurs de lierre terrestre...	10 gram.
Sommités d'hyssope.......	10 gram.		

Faites infuser dans :

Eau commune........................ 1000 gram.

Ajoutez :

Miel blanc........................ 60 gram.

A prendre par grandes tasses.

2° Fumigations vers les bronches, soit avec le chlore (Toulmouche), soit avec l'eau créosotée (Martin-Solon), soit avec la vapeur de goudron (Laënnec), soit enfin avec la fumée du baume de Tolu, du benjoin, etc.

3° Administrer les vomitifs répétés.

4° Frictions sèches sur le thorax et sur les membres.

5° Appliquer sur la poitrine un emplâtre de poix de Bourgogne, soit simple, soit saupoudré avec de l'émétique ; ou bien y pratiquer des frictions avec la pommade stibiée, l'huile de croton tiglium, etc. ; ou mieux encore, appliquer un simple emplâtre de diachylum, qui a le plus souvent de très bons effets.

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE AVEC EXPECTORATION TRÈS ABONDANTE

(*catarrhe pituiteux*, *bronchorrhée*).

1° Pour tisane :

℞ Racine d'aunée.........	5 gram.	Lierre terrestre.......	àà 10 gram.
de réglisse.......	10 gram.	Fleurs de tussilage....	

Faites bouillir, pendant cinq minutes, dans :

Eau commune......................... 1000 gram.

Laissez refroidir, passez avec expression, et ajoutez :

Sirop de Tolu......................... 35 gram.

2° Faire les fumigations indiquées dans l'ordonnance précédente.

3° Appliquer sur le thorax, et ensuite sur les extrémités, un ou plusieurs vésicatoires (Laënnec).

4° Supprimer les boissons (Piorry).

5° Vomitifs répétés.

V° Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE PAR LE COPAHU ET LA TÉRÉBENTHINE.

1° Une des tisanes prescrites dans les ordonnances précédentes.

2° ℞ Baume de copahu...... 10 gram. | Teinture d'acétate de fer. 5 gram.
Gomme arabique...... 5 gram. | Sirop de baume du Pérou. 35 gram.
Vin blanc............ 80 gram.

Une cuillerée trois fois par jour (Lockstaedt).

3° Dans le cas où l'on voudrait employer de préférence la térébenthine, on la prescrirait ainsi qu'il suit :

℞ Térébenthine de Chio.. } ãã 20 gram. | Poudre de myrrhe........ 10 gram.
Blanc de baleine ..... } | — d'Oliban.......... Q. s.

Faites des pilules de 15 centigrammes, dont on prendra de 4 à 12 par jour.

On peut encore prescrire l'émulsion vineuse de térébenthine, qui provoque toujours moins d'accidents du côté du tube digestif :

℞ Térébenthine.......... } ãã 5 gram. | Vin blanc.............. 60 gram.
Gomme arabique....... } | Sirop de baume du Pérou... 30 gram.

Faites une émulsion, à prendre par cuillerées.

4° On peut enfin employer le baume de copahu et la térébenthine ensemble, comme le fait M. Lallemand pour d'autres maladies :

℞ Baume de copahu...... } ãã 10 gram. | Huile de succin rectifiée.... 10 gram.
Térébenthine......... } |

A prendre à la dose de 6 à 30 gouttes, dans une cuillerée à bouche de sucre en poudre.

Je ne donne point d'ordonnances particulières pour les enfants, parce que les mêmes moyens leur conviennent, et qu'il suffit de proportionner la dose à leur âge.

Je pourrais multiplier à l'infini ces ordonnances ; mais ce serait un travail inutile, car rien n'est plus facile que de varier les prescriptions de ce genre, en connaissant les médicaments simples qui ont été mis en usage. Une réflexion qui s'applique à toutes ces médications, c'est que leurs résultats ne sont pas connus d'une manière positive. On ne peut même s'empêcher de remarquer que la richesse de la thérapeutique sur ce point est une cause de l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons sur la valeur de chaque moyen en particulier. Chacun, en effet, employant de préférence tel ou tel remède, il en résulte que les expériences sont trop variées et ne concordent pas entre elles. De plus, la facilité avec laquelle on a toujours groupé dans une même formule un grand nombre des substances préconisées, fait qu'on parvient difficilement à distinguer l'action qui est propre à chacune d'elles. Celui donc qui débrouillera ce chaos et établira rigoureusement la valeur, de quelques unes des médications simples qu'on peut opposer à la bronchite chronique, rendra un véritable service à la science.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Dans le catarrhe chronique qui présente encore quelques signes de l'état aigu :* émissions sanguines modérées ; émollients : narcotiques.

2° *Dans la bronchite chronique sans expectoration extraordinaire :* vomitifs; purgatifs ; expectorants ; révulsifs; astringents ; narcotiques ; inspiration d'air froid (Dracke); préparations sulfureuses.

3° *Dans la bronchite chronique avec expectoration très abondante* (catarrhe pituiteux, bronchorrhée) : vomitifs ; révulsifs ; fumigations excitantes ; baume de copahu ; térébenthine.

ARTICLE IV.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

La maladie dont il va être question dans cet article est une de celles qui ont été le moins bien étudiées. Nous possédons néanmoins un assez grand nombre de travaux particuliers propres à jeter quelque jour sur elle ; mais comme la plupart d'entre eux ne renferment que des faits incomplets, et présentés seulement, à l'exception d'un petit nombre, comme de simples objets de curiosité, il s'ensuit que cette affection est enveloppée de beaucoup d'obscurité. Toutefois, dans ces derniers temps, quelques observateurs, parmi lesquels il faut citer J. Cheyne, MM. Blaud (de Beaucaire), Caseaux, Fauvel et Thore fils, ont publié sur cette maladie, qui est à la bronchite simple comme le croup à la laryngite simple, des recherches fort importantes et dont je ferai un grand usage.

Rarement la bronchite pseudo-membraneuse a été envisagée comme une affection indépendante. Il est vrai que le plus souvent elle n'est qu'une extension de la laryngite et de la trachéite pseudo-membraneuses, et que, lors même que les bronches seules sont affectées, l'inflammation est parfois pseudo-membraneuse dans un point et purulente dans l'autre ; cependant on a observé plusieurs cas, et j'en citerai des exemples, où l'inflammation pseudo-membraneuse a existé seule, ce qui nous oblige à présenter son histoire à part. M. Fauvel (1) a compris dans la même description la bronchite avec production de fausses membranes et la bronchite avec simple sécrétion purulente. Le nombre limité de faits qu'il possédait, et la ressemblance, sous le rapport des symptômes, entre ces deux sortes de bronchite ont pu l'autoriser à agir ainsi ; mais nous qui avons à tracer une classification rigoureuse et à analyser les faits observés chez les adultes aussi bien que chez les enfants, nous devons distinguer soigneusement deux espèces si différentes. C'est, au reste, ce qui a été fait par M. Blaud (2). Cet auteur a en effet admis : 1° une bronchite *méningogène*, 2° une bronchite *pyogène*, 3° une bronchite *myxagène*, 4° une bronchite *composée*, c'est-à-dire dans laquelle les espèces précédentes, ou seulement deux d'entre elles, se trouvent réunies.

Après avoir montré que l'on doit regarder la bronchite pseudo-membraneuse comme une maladie particulière, je vais exposer ce que nous savons de plus intéressant à son sujet. Cette exposition sera rapide, car l'incertitude qui règne sur un grand nombre de points, et qu'il est impossible de dissiper complétement, ne me permet pas d'entrer dans de longs détails.

(1) *Rech. sur la bronch. capill. purul. et pseudo-memb. chez les enf.*; etc.; Paris, 1840.
(2) *Nouv. rech. sur la laryngo-trachéite*; Paris, 1823, p. 454 et suiv.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La bronchite pseudo-membraneuse est, comme son nom l'indique, une inflammation des bronches caractérisée par une production plus ou moins étendue de fausses membranes à la surface de ces canaux.

Cette affection a reçu, jusqu'à ces derniers temps, un assez grand nombre de noms différents. On la désigne par les expressions de *catarrhe suffocant*, *croup bronchique*, *croup chronique* (1) ; *polype bronchial* (2). Le docteur J. North (3) et Warren (4) ont employé la même dénomination. Le docteur W.-T. Iliff (5) lui donne le nom de *extensive bronchial inflammation ;* d'autres auteurs, dont il sera fait mention plus loin, ont décrit cette affection sous les titres de *polype pulmonaire*, *hydatide des voies aériennes*, etc.

On peut dire d'une manière générale que cette affection n'*est point fréquente*. Néanmoins, si l'on a égard à toutes les observations qui ont été recueillies, et surtout si l'on n'exclut pas les cas où la maladie a commencé par la trachée, on reconnaît qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit généralement d'après l'obscurité qui règne sur son histoire.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des renseignements très peu précis sur les causes propres à cette affection. Le peu de détails renfermés dans les observations, et le petit nombre de ces observations lui-même, ne nous permettent pas d'obtenir des indications aussi positives qu'on pourrait le désirer.

Le docteur Cheyne pense que la maladie est beaucoup plus fréquente chez les vieillards que dans tout autre *âge ;* mais en parcourant les observations, et surtout celles qui ont été recueillies dans ces dernières années chez les enfants, on voit que c'est par une simple coïncidence que ce médecin en a rencontré un plus grand nombre de cas chez des sujets d'un âge avancé. La majorité des faits que j'ai sous les yeux a été observée chez des femmes ; mais le nombre de ces faits est tellement limité, et la différence (de 8 à 10) si peu considérable, que ces chiffres ne peuvent servir que comme document pour des recherches ultérieures.

Dans deux des cas que j'ai rassemblés, la bronchite pseudo-membraneuse s'est produite dans le cours d'une fièvre assez intense, que l'on pourrait rapporter à la fièvre typhoïde, mais qui n'est pas parfaitement caractérisée ; dans d'autres, et notamment dans celui dont M. Caseaux (6) nous a laissé l'intéressante histoire, il a existé des signes de pneumonie. Cette dernière coïncidence fut beaucoup plus remarquable dans l'épidémie de grippe qui sévit à Paris en 1837. Un certain nombre de pneumonies, survenues vers la fin de l'épidémie, offrirent en effet des fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés. M. Nonat (7) a principa-

(1) STARR, *Lond. med. Gaz.*, t. XXV, p. 735 ; 1839-40.
(2) J. CHEYNE, *The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. IV, p. 441 ; 1808.
(3) *Lond. med. Gaz.*, t. XXII, p. 330 ; 1838.
(4) *Med. Trans. Lond.*, vol. I, p. 407 ; 1785.
(5) *Lond. med. Reposit.*, t. XVIII, p. 207 ; 1820.
(6) *Bull. de la Soc. anat.*, 3ᵉ série ; 1836.
(7) *Rech. sur la grippe*, etc. (*Arch. de méd.*; 2ᵉ série, 1837, p. 5 et suiv.).

lement insisté sur les faits de ce genre, auxquels je ne donnerai pas une plus grande place dans cet article, parce que la bronchite pseudo-membraneuse, bien qu'elle ait ajouté une grande gravité à la maladie, n'était réellement, dans ces cas, qu'une complication. On a enfin trouvé cette affection chez des sujets scrofuleux ou affaiblis par une maladie antécédente.

Tels sont les renseignements bien vagues que nous avons sur les causes prédisposantes de la bronchite pseudo-membraneuse.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont encore plus obscures, car, à l'exception d'un cas rapporté par le docteur Iliff (*loc. cit.*), et dans lequel nous voyons que le malade a été atteint après s'être mouillé et exposé au *froid*, nous ne trouvons aucun renseignement précis dans aucune autre observation. Chez les sujets observés par M. Fauvel, on ne remarqua point de coïncidence entre un refroidissement quelconque et le début de la maladie. Comme, dans la majorité des cas, l'affection débute par les signes d'un rhume ordinaire, on peut admettre que les causes du catarrhe pulmonaire lui donnent occasionnellement naissance ; mais il faut reconnaître aussi qu'une cause prédisposante bien puissante, quoique cachée, est indispensable pour que l'affection revête des caractères si graves sous l'influence d'agents qui, dans une innombrable quantité de cas, ne donnent lieu qu'à une affection légère. On a vu quelquefois une fausse membrane se produire à la suite des *inspirations du chlore et de l'ammoniaque ;* mais la fausse membrane est alors moins considérable, et surtout elle n'a pas, comme celle qui résulte d'une inflammation spécifique, une grande tendance à se reproduire une fois qu'elle a été rejetée.

§ III. — Symptômes

Les symptômes sont variables, selon que la maladie parcourt rapidement ses périodes, ou suivant qu'elle a une longue durée, comme on le voit dans les exemples que nous ont laissés plusieurs auteurs ; c'est pourquoi je décrirai à part la *forme aiguë* et la *forme chronique.*

1° *Bronchite pseudo-membraneuse aiguë.* C'est sous cette forme que la maladie se produit le plus fréquemment, et alors elle débute de deux manières différentes. Dans un bon nombre de cas, ainsi que le fait remarquer M. Fauvel, elle commence comme un simple rhume, et souvent avec des symptômes extrêmement légers. Un peu de gêne, quelques picotements derrière le sternum, une toux peu violente sans expectoration particulière, un mouvement fébrile peu notable, voilà les signes que l'on observe d'abord. Ce n'est qu'au bout de quelques jours de durée que les symptômes prennent rapidement une grande intensité. Cette marche de l'affection est surtout remarquable dans l'observation que nous a donnée M. Caseaux. Quelquefois les symptômes acquièrent, dès le premier jour, l'intensité que nous venons d'indiquer ; la maladie constitue alors une des espèces les plus remarquables du *catarrhe suffocant.*

Symptômes. Que la maladie ait débuté graduellement ou brusquement, les symptômes deviennent identiques lorsque les fausses membranes sont formées et occu-

pent une assez grande étendue des bronches. Alors on remarque une *gêne très considérable de la respiration* qui est très accélérée, une *toux* qui revient par quintes et fatigue beaucoup le malade, une *douleur* plus ou moins vive, avec un *sentiment d'oppression* derrière le sternum.

Si l'on *ausculte* la poitrine, on entend un simple *rhonchus*, *sonore* lorsque la pseudo-membrane est sèche; ou un mélange de ce rhonchus et de râle muqueux, lorsqu'il y a en même temps sécrétion plus ou moins abondante de mucosités puriformes ou non. M. Barth, dans un cas de pseudo-membranes bronchiques que j'ai déjà eu occasion de citer, a entendu un *petit bruit de soupape*, produit sans doute par quelque lambeau flottant de pseudo-membrane. M. Caseaux observa le même phénomène chez le malade soumis à son observation. Quant à la *percussion*, elle ne fait reconnaître aucun signe particulier, à moins qu'il n'y ait complication.

En même temps que ces symptômes se développent, la fièvre s'allume, l'agitation devient très vive, et bientôt surviennent des symptômes d'asphyxie qui emportent le malade, à moins qu'il n'y ait une abondante expectoration de fausses membranes; auquel cas le malade éprouve un soulagement immédiat extrêmement marqué, et la respiration se calme notablement. Le plus ordinairement ces symptômes se reproduisent de nouveau, mais à un bien moindre degré, et sont de nouveau calmés par de nouvelles expectorations de pseudo-membranes, jusqu'à ce qu'enfin, la sécrétion devenant simplement muqueuse, ils ne conservent pas plus de gravité que dans une bronchite ordinaire.

Je n'entre point dans de plus grands détails relativement à cette série de symptômes, parce qu'ils ne diffèrent pas très notablement, au moins d'après les faits que nous possédons, de ceux que j'ai décrits à l'article *Bronchite capillaire générale*. Il suffit d'y renvoyer le lecteur.

Mais ce qu'il importe de présenter en détail, c'est la description de l'*expectoration*. Elle est si remarquable, qu'elle a spécialement attiré l'attention des auteurs. Déjà Tulpius (voy. Caseaux, *loc. cit.*) avait cru voir dans l'expectoration de deux malades des rameaux de l'artère pulmonaire. Des auteurs plus modernes, et entre autres Lemery, ayant vu expectorer (1) des fibres blanches, creuses et ramifiées, les prirent pour des polypes formés dans quelques artères ou dans quelques veines du poumon. Marcorelle et Butler (2) pensèrent que la membrane muqueuse des bronches elle-même avait été détachée et rejetée par l'expectoration. Mais De Haën (3) et Monro (cité par Cheyne) reconnurent la nature et la source de la matière expectorée. Dans tous ces cas, la forme de cette matière ne laisse point de doute sur son origine, surtout quand on compare ces faits à ceux qu'on a récemment observés.

La membrane expectorée est blanche, pelotonnée au moment où le malade vient de la rejeter; elle avait, dans l'observation de M. Caseaux, la forme de rubans aplatis ou de tubes creux. La forme de rubans aplatis existait aussi dans le cas observé par le docteur J. Brenau (4), puisque cet auteur compare la matière expectorée à un ténia. Il ne reconnut la forme ramifiée qu'après avoir débarrassé cette matière du mucus qui la souillait. Au premier abord, on ne distingue pas toujours

(1) *Hist. de l'Acad. des sc.*; 1704.
(2) *Acad. des sciences*; 1762.
(3) *Ratio medendi.*
(4) *Lond. med. and phys. Journ.*, t. VIII, p. 360; 1802.

bien la forme réelle de la pseudo-membrane; mais si on la met dans l'eau, on voit bientôt se dessiner un tronc d'une largeur et d'une longueur variables, auquel succèdent des ramifications plus ou moins nombreuses et dichotomiques. Dans le cas observé par M. Caseaux, on voyait un tronc commun se séparer d'abord en deux divisions principales, qui se ramifiaient à leur tour, et ainsi de suite, jusqu'à sept subdivisions successives. Les descriptions que nous ont laissées les autres auteurs, et une figure tracée par M. Ilif (*loc. cit.*), prouvent jusqu'à l'évidence que la matière de l'expectoration avait les mêmes caractères. M. Starr (*loc. cit.*, *Chronic. croup*) la compare à du *macaroni bouilli*, à cause de sa consistance, de sa couleur et de ses tubulures. Ces divers rameaux sont en effet presque tous tubulés. On peut y introduire un stylet, et, en les coupant perpendiculairement, on voit que la disposition canaliculée se continue très loin. Dans l'observation de M. Caseaux, tous les tubes qui ont pu être examinés dans leur état d'intégrité ont paru creux, et cet auteur en conclut que les plus petites divisions qui lui ont échappé l'étaient aussi. Cette conclusion n'est cependant pas rigoureuse, car M. Fauvel n'a jamais pu poursuivre la disposition canaliculée jusque dans les dernières ramifications. Dans les cas rapportés par M. Thore fils (1), et dont un a été observé par M. le docteur Lasserre (de Montauban), les fausses membranes étaient arborisées; elles avaient de 3 à 6 centimètres de long. Quelques unes étaient canaliculées, d'autres étaient simplement striées, d'autres ne présentaient ni l'une ni l'autre de ces dispositions. La densité, l'élasticité, la couleur de ces pseudo-membranes sont semblables à celles de la membrane croupale, et il est par conséquent inutile de les décrire de nouveau. On a remarqué quelquefois des stries sanguinolentes à la face adhérente de la membrane. Le docteur Cheyne a trouvé, dans quelques cas, ce produit de la sécrétion morbide formé de plusieurs couches.

Parfois l'expectoration n'est pas aussi caractéristique, car les lambeaux ne sont plus aussi parfaitement ramifiés, mais il reste presque toujours quelques portions tubulées qui lèvent tous les doutes.

Avant que cette expectoration ait lieu, les malades rejettent ordinairement des *crachats* blancs ou sanguinolents, légèrement aérés, muqueux ou puriformes. Il en est de même dans les intervalles de cette expectoration. Le plus souvent, la matière des crachats se sépare en deux parties, dont l'une, transparente, mousseuse, reste à la surface, tandis que l'autre, d'un blanc jaunâtre, épaisse, adhérente, non aérée, adhère au fond du vase.

Pendant que l'on constate ces symptômes, on remarque, si l'inflammation est limitée aux bronches, une *intégrité parfaite de la voix* et une absence complète de tout symptôme du côté du larynx, qui est d'autant plus remarquable, que la respiration est plus gênée. Quant aux autres fonctions et aux autres organes, ils ne présentent pas d'altérations dignes de remarque, si ce n'est dans le cas où la fièvre est très intense; mais alors ils sont sous la dépendance du mouvement fébrile. L'*anorexie*, la *soif*, la *constipation*, un peu de *céphalalgie*, et, dans les cas très graves, du *délire*, tels sont les principaux symptômes qu'on a observés. Dans le cas cité par M. Caseaux, un *frisson* fut noté au moment où les symptômes, qui

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XX, p. 295.

depuis longtemps étaient ceux d'une bronchite ordinaire, acquirent toute leur intensité.

Bronchite pseudo-membraneuse chronique. Les mêmes symptômes existent dans cette forme de la maladie ; seulement ils sont généralement moins intenses, et n'acquièrent une certaine violence qu'à des époques plus ou moins éloignées. Il survient alors une exacerbation qui se termine par une expectoration plus ou moins abondante de membranes ramifiées, semblables à celles qui viennent d'être décrites. Chez une jeune fille de quinze ans, le docteur Eric Acharius (1) observa, dans l'espace de six mois, un très grand nombre de ces exacerbations qui s'annonçaient par une *toux sèche*, un peu de *dyspnée* et une sensation de *picotements* à la gorge. Les ramifications avaient souvent la grosseur d'une plume à écrire, et se divisaient ensuite en un grand nombre de plus petites. Un cas cité par Warren (*loc. cit.*) est remarquable en ce que l'expectoration pseudo-membraneuse, qui succédait à une suffocation intense accompagnée de fièvre, et durant quelquefois douze ou quinze heures, avait lieu tous les cinq, huit, dix ou même vingt jours. La première de ces attaques était survenue dans le cours d'une bronchite qui n'offrait rien de particulier. Cette affection dura plus d'un an. Au bout de ce temps, la guérison fut obtenue, et coïncida avec une carie du calcanéum.

Dans les cas rares où l'affection suit cette marche, le soulagement, après l'excrétion de la pseudo-membrane, est encore plus marqué que dans le cas où la maladie est aiguë. Presque immédiatement après, les malades se trouvent à peu près dans leur état de santé ordinaire, jusqu'à ce qu'une nouvelle invasion ait lieu.

Je n'en dirai pas davantage sur ces cas, qui sont fort rares, et qui ont généralement été étudiés fort superficiellement.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de cette maladie est très différente, selon qu'elle est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, la marche est rapide, les symptômes vont toujours croissant, ou si, après une expectoration abondante de pseudo-membranes, un soulagement survient, il n'est pas de longue durée, et les principaux symptômes conservent un certain degré d'intensité. Lorsqu'au contraire la bronchite se présente sous la forme chronique, elle consiste, comme on l'a vu, en attaques séparées par des intervalles plus ou moins grands, pendant lesquels la santé est presque complétement rétablie. Mais ne devrait-on pas plutôt admettre qu'il y a, en pareil cas, un certain nombre de récidives de la même maladie à l'état aigu ? Cette opinion peut être soutenue ; mais, avec les matériaux que nous possédons, il n'est pas possible de la résoudre. Toujours est-il que les cas dont il s'agit ont une marche fort différente de la marche ordinaire.

La *durée* de l'affection varia entre cinq et huit jours chez les enfants observés par M. Fauvel ; elle ne fut pas plus considérable chez les adultes, lorsque la maladie présenta l'état aigu. Dans le cas contraire, nous avons vu qu'elle avait persisté pendant six mois ; suivant le docteur Cheyne (*loc. cit.*), elle peut même durer plus d'un an.

Il est difficile de se prononcer sur la *terminaison* de la maladie. Des enfants

(1) *London medical and phys. Journ.*, t. VIII, p. 201 ; 1802.

observés par M. Fauvel, la grande majorité a succombé. Dans les cas, au contraire, qui ont été observés chez les adultes, et dont l'histoire a été publiée, la guérison a presque toujours eu lieu. Cette différence ne tiendrait-elle pas à ce que, dans le plus grand nombre des cas mortels de la maladie qu'on a désignée sous le nom de *catarrhe suffocant*, l'autopsie n'a pas été faite de manière à ce qu'on pût reconnaître positivement. la lésion des bronches? Cette manière de voir me paraît la plus admissible.

Dans le cas où la bronchite pseudo-membraneuse est venue compliquer d'autres affections, elle s'est toujours terminée par la mort.

§ V. — Lésions anatomiques.

A l'autopsie des sujets qui succombent à cette maladie, on trouve d'abord les pseudo-membranes que nous avons décrites plus haut. Pour en démontrer l'existence, il suffit de faire des incisions en plusieurs sens dans le tissu pulmonaire. La pression fait alors sortir des ouvertures bronchiques de petits cylindres blancs, élastiques et présentant un calibre central, lorsqu'ils s'échappent d'une bronche assez volumineuse. Si, procédant d'une autre manière, on saisit la pseudo-membrane dans un tronc bronchique d'une certaine grosseur, et qu'on la retire avec précaution, on peut entraîner un nombre considérable de subdivisions, et, dans ce cas, le produit morbide ressemble, comme l'a dit M. J. North (1), à une racine avec son chevelu.

La composition de cette pseudo-membrane est la même que celle de la pseudo-membrane croupale. Elle n'a pas ordinairement envahi toute l'étendue des poumons, mais quelquefois elle occupe un poumon tout entier, ou une grande partie de son étendue. Le plus souvent elle se montre dans les deux poumons, mais ordinairement en plus grande abondance du côté droit.

En d'autres points, les bronches présentent souvent une matière épaisse, jaunâtre, adhérente à leurs parois, d'un aspect véritablement purulent. Ailleurs elles ne contiennent qu'une simple mucosité quelquefois tachée de sang. Si l'on examine leur membrane interne, on la trouve, dans les gros troncs du moins, rouge, opaque, épaissie, ramollie, telle, en un mot, que nous l'avons décrite dans la bronchite simple. Enfin on rencontre des traces de pneumonie, ou d'autres lésions qui, n'appartenant pas en propre à la maladie qui nous occupe, ne doivent pas trouver place ici.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Sous certains points de vue, le diagnostic de la bronchite pseudo-membraneuse est sans grandes difficultés ; sous d'autres, au contraire, il en offre de nombreuses. Commençons par les cas les plus simples.

On ne confondra pas la *bronchite pseudo-membraneuse* avec la *laryngite* de la même espèce, si l'on se rappelle que, dans la première, la voix est anéantie, la respiration sifflante et la toux d'un caractère particulier, ce qui n'a pas lieu dans la bronchite pseudo-membraneuse.

Quant à la *pneumonie lobulaire*, le râle sous-crépitant, qui en est un symptôme, est beaucoup plus limité. La maladie ne s'annonce pas, dès le début, par une anxiété extrême et par des symptômes évidents d'asphyxie.

Une *bronchite simple*, survenant chez un individu affecté d'*emphysème pulmo-*

(1) *Lond. med. Gaz.*, t. XXII, p. 330 ; 1838.

naire, peut donner lieu à une dyspnée considérable, et simuler la maladie qui nous occupe ; mais l'existence des signes propres à l'emphysème : la voussure, le son clair dans le lieu qu'elle occupe, la faiblesse de la respiration dans le même point, et le râle sous-crépitant borné à la partie postérieure des poumons, font aisément reconnaître la maladie.

Je ne comparerai pas la bronchite pseudo-membraneuse avec plusieurs autres affections, telles que la *laryngite œdémateuse*, l'*asthme thymique*, etc., parce que les différences sont trop marquées et les points de ressemblance trop peu considérables pour que le médecin puisse être embarrassé.

Mais il est une dernière question qui est, sans contredit, la plus importante : *La bronchite est-elle pseudo-membraneuse ou non?* Au début de l'affection, il est fort difficile, ou, pour mieux dire, il est impossible de résoudre ce problème ; mais, dans le cours de la maladie, on peut observer deux signes qui servent à fixer le diagnostic : le premier est l'*expression de fausses membranes ramifiées;* il est pathognomonique, mais il n'existe pas toujours. Quelquefois aussi les pseudo-membranes excrétées ne consistent qu'en fragments très petits, sans forme déterminée, sans ramifications et sans tubulures. Alors il faut avoir recours, pour fixer le diagnostic, aux autres principaux symptômes. Si la voix est restée intacte, s'il n'y a pas de douleur au larynx ou dans la trachée, si la respiration n'est remarquable que par sa fréquence et sa difficulté ; si dans le thorax on entend un rhonchus sonore général, mêlé de râle sous-crépitant disséminé, et parfois d'un petit bruit de soupape, on doit admettre que les fragments pseudo-membraneux rejetés viennent réellement des bronches.

Quand l'expectoration de fausses membranes vient à manquer, il reste le second signe, qu'on ne doit pas oublier : c'est ce *petit bruit de soupape* observé par MM. Barth et Caseaux. Si, avec l'intégrité de la voix, on observait les signes de la bronchite capillaire, et qu'au lieu d'un râle sous-crépitant général et très abondant, on n'entendît qu'un rhonchus sonore mêlé de ce bruit de soupape, on pourrait croire à l'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse. Néanmoins, il faut le dire, ce diagnostic, dans l'état actuel de la science, ne peut être donné que comme fort incertain, de nouvelles observations étant absolument nécessaires pour le déterminer.

Reste enfin une dernière difficulté qui a été élevée par quelques auteurs, et principalement par Laënnec : *Les concrétions dont il a été parlé dans le cours de cet article sont-elles réellement des pseudo-membranes produites par une inflammation spécifique?* C'est ce que Laënnec (1), qui paraît n'en avoir jamais rencontré, ne voulait point admettre. Suivant lui, les polypes trouvés par Murray et Cheyne seraient de la nature des polypes vésiculaires des narines, des oreilles et du col de l'utérus, c'est-à-dire formés par un tissu analogue à ceux des membranes muqueuses, et renfermant de petits kystes séreux. Mais, d'après la description que j'ai donnée plus haut, cette opinion ne saurait être soutenue. On doit même supposer, avec M. Mériadec Laënnec, que l'auteur n'a point eu sous les yeux les observations qu'il a citées. Quant aux concrétions qui, suivant certains auteurs, ressemblent à un vaisseau pulmonaire, Laënnec pense qu'elles sont purement et simplement des concrétions sanguines polypiformes des bronches,

(1) *Auscult. méd.*, t. I, chap. V, *Des polypes des bronches*, p. 250, 3ᵉ édit.

telles qu'on en rencontre quelquefois chez les hémoptysiques (*loc. cit.*, p. 252); mais la forme canaliculée des concrétions, et l'introduction d'un stylet dans leur cavité, ne permettent pas de s'arrêter à cette supposition.

Le docteur J. Collet (1), et plus récemment un médecin de Londres écrivant au docteur Duncan (2), ont décrit la matière expectorée comme formée d'hydatides. Y a-t-il eu erreur de diagnostic, ou existait-il réellement des hydatides? On a de la peine à résoudre cette question, car les descriptions manquent de détails. Dans le cas cité par Collet, on peut admettre l'existence des hydatides; l'auteur en a, en effet, compté cent trente-cinq en quatre mois : or cette numération ne paraît pas possible dans une simple excrétion de pseudo-membranes ordinairement rendues en masse. L'autre fait présente plus d'incertitude. Dans aucun il n'y a eu excrétion d'hydatides entières, ce qui n'eût permis aucun doute.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et du croup.*

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	CROUP.
Intégrité de *la voix*, à moins de complication.	*Raucité* de la *voix; aphonie*.
Respiration non sifflante.	*Inspiration sifflante.*
Toux fréquente, grasse, *sans caractère particulier*.	*Toux croupale.*
Rhonchus sonore, très étendu quelquefois. *Bruit de soupape.*	*Retentissement* dans la poitrine de l'*inspiration sibilante. Pas de bruit de soupape.*
Quelquefois expectoration de *fausses membranes ramifiées et canaliculées* (signe pathognomonique).	*Point de fausses membranes ramifiées*, à moins de complication de bronchite pseudo-membraneuse.

2° *Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et de la pneumonie lobulaire.*

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	PNEUMONIE LOBULAIRE.
Symptômes *rapidement intenses.*	Symptômes *moins rapidement intenses.*
Rhonchus *très étendu.*	Râle crépitant ou sous-crépitant *dans quelques points* de la poitrine.
Asphyxie *dès les premiers jours* de la formation des fausses membranes.	Symptômes d'asphyxie *moins marqués*, et ne survenant qu'*à la fin de la maladie.*

3° *Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et de l'emphysème pulmonaire avec bronchite aiguë.*

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	EMPHYSÈME PULMONAIRE AVEC BRONCHITE AIGUË.
Antécédents. *Pas d'accès* de dyspnée.	Antécédents. *Accès* de dyspnée.
Fièvre *intense.*	Fièvre *moins intense.*
Point de voussure dans un point de la poitrine.	*Voussure* plus ou moins marquée et plus ou moins étendue des parois du thorax.
Pas de *son plus clair* dans un point que dans l'autre.	*Son plus clair* dans le point occupé par la voussure.
Rhonchus sonore *général;* quelquefois *bruit de soupape.*	Râle sous-crépitant dans la *partie postérieure et inférieure* des poumons; sibilant et sonore ailleurs.

(1) *A case of hydatids discharged by coughing* (*Med. Trans. of Lond.*, t. II, p. 486; 1772).
(2) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. VII, p. 490.

Il est inutile d'ajouter que, dans les cas où l'expectoration de concrétion rameuse existe, ce signe seul lève toutes les difficultés. Les deux diagnostics précédents n'ont donc d'utilité réelle qu'en l'absence de cette expectoration.

4° Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et de la bronchite capillaire générale.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.
Souvent excrétion de *fausses membranes ramifiées* (signe pathognomonique).	*Point* d'excrétion de *fausses membranes ramifiées*.
D'autres fois expectoration de *petits lambeaux membraneux*.	Ni de *lambeaux pseudo-membraneux*.
Rhonchus sonore général, mêlé seulement de râle sous-crépitant.	*Râle sous-crépitant très abondant*, et dispersé dans toute ou presque toute la poitrine.
Bruit de soupape dans quelques cas.	*Point de bruit de soupape*.

Ce diagnostic a besoin de nouvelles recherches pour être parfaitement fixé. On doit regretter que M. Fauvel, dont les observations ont tant de valeur et dont le mémoire est si important, n'ait point recherché s'il était possible de distinguer pendant la vie ces deux inflammations, dont la nature n'est évidemment pas la même.

Pronostic. La maladie dont on vient de lire l'histoire est très grave : néanmoins, ainsi que je l'ai déjà dit, on a cité un assez grand nombre de guérisons ; mais, je le répète, il est plus que probable qu'un nombre plus considérable de morts a passé inaperçu, faute de recherches suffisantes.

Lorsque la bronchite pseudo-membraneuse complique une autre affection, elle est presque constamment mortelle ; elle l'est toujours lorsqu'elle fait partie d'une inflammation pseudo-membraneuse occupant toute l'étendue des voies respiratoires.

§ VII. — Traitement.

Il est fort difficile, avec les documents que nous possédons, d'indiquer le traitement qui convient le plus à cette affection. Dans chaque cas en particulier, on a employé des moyens différents, sans qu'aucun d'eux ait paru avoir une action très marquée sur la marche de la maladie ou sur ses principaux symptômes. On peut voir à l'article *Bronchite capillaire générale* le traitement conseillé par M. Fauvel. Voici maintenant ce que nous trouvons de plus important dans les faits un peu authentiques que possède la science :

Les *antiphlogistiques* ont été généralement employés pour combattre l'irritation locale et les symptômes fébriles ; ils l'ont été avec d'autant plus d'empressement, que d'abord l'observateur reconnaissait une inflammation très intense des bronches, inflammation dont il ne soupçonnait pas la spécificité. Les *sangsues*, les *ventouses scarifiées* sur la poitrine, et surtout la *saignée générale*, doivent, suivant tous les auteurs, être employées, mais avec modération, surtout chez les enfants et chez les individus affaiblis, de crainte que, par suite de l'abattement des forces, l'expectoration ne devienne beaucoup plus difficile.

Les *vomitifs* ont été mis en usage par plusieurs médecins. Je citerai entre autres Starr, qui prescrivit l'*ipécacuanha*, et J. Cheyne, qui employa le *vin antimonié*. On ne voit pas, dans les observations citées par ces auteurs, que ce soit évidem-

ment sous l'influence de cette médication que les fausses membranes ont été détachées et rejetées par l'expectoration. Néanmoins, si l'on a égard à ce qui se passe dans la laryngite pseudo-membraneuse et même dans la bronchite capillaire générale, on est en droit d'attendre de très bons effets de l'emploi des vomitifs. On devra donc les mettre en usage à une dose assez élevée pour produire des vomissements abondants. Peu importe la substance que l'on choisit, pourvu que le but soit atteint. Toutefois le *tartre stibié* doit être employé de préférence, parce qu'il est très facile à administrer et que son effet est très sûr. M. Duméril, dans le cas cité par M. Caseaux, mit en usage l'*oxyde blanc d'antimoine*, qui ne produisit aucun effet. Dans le cas recueilli par le docteur Thore fils (*loc. cit.*), l'*ipécacuanha* fut administré à dose vomitive, à plusieurs reprises, et avec un plein succès.

Les *purgatifs* ont été plus rarement employés. Nous ne pouvons leur attribuer qu'un effet secondaire. Le *calomel* a été plus particulièrement prescrit par les médecins anglais ; mais comme son effet est complexe, j'en parlerai dans le paragraphe suivant.

Ce sont aussi les médecins anglais qui ont préconisé l'emploi des *préparations mercurielles* à l'extérieur et à l'intérieur. M. North recommande les *frictions mercurielles* sur la gorge jusqu'à légère salivation. Si nous n'avons pas pu nous prononcer sur l'emploi de ce moyen dans l'histoire de la laryngite pseudo-membraneuse, à plus forte raison ne saurions-nous le faire dans cette affection, beaucoup moins bien étudiée.

M. North recommande encore l'inspiration de *vapeur d'eau chaude chargée d'éther* ; il veut aussi qu'on administre à l'intérieur un excitant diffusible, tel que la *liqueur anodyne d'Hoffmann*, mais il ne paraît pas avoir employé ces moyens dans les deux observations qu'il rapporte.

Enfin on a mis en usage les expectorants, tels que le *kermès* et l'*oxymel scillitique*, etc. On a prescrit le *quinquina*, les *bains de mer*, les *eaux de Bristol* (Warren), sans qu'on puisse se prononcer davantage sur l'efficacité de ces moyens thérapeutiques. Les auteurs n'ont point parlé des *préparations opiacées* ; je pense néanmoins qu'elles doivent avoir leur degré d'utilité, comme dans toutes les affections où il importe de rendre un peu de calme à la respiration.

On voit que tout est encore à faire relativement à la thérapeutique de cette grave affection. Ce serait, par conséquent, allonger inutilement cet article que d'insister davantage sur le traitement. En pareille circonstance, le médecin est presque toujours réduit à recourir aux moyens recommandés dans des maladies analogues, mais plus connues. Dans le cas présent, c'est, suivant les apparences, le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse qui doit nous fournir les moyens les mieux appropriés. On pourra y prendre quelques *ordonnances* qu'il serait inutile de reproduire ici.

J'ajoute seulement que l'on devra tenir les malades dans une température modérée, les mettre à l'abri des courants d'air, et rendre leur respiration plus facile en les maintenant dans la position assise, lorsque l'abattement des forces ne leur permettra plus de la prendre eux-mêmes. Le docteur Cheyne a remarqué que, dans les cas où la maladie avait une forme chronique, le *froid* et le *vent nord-ouest* provoquaient des exaspérations ; ce sont des causes occasionnelles que les malades devront éviter.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées ; vomitifs ; purgatifs ; préparations mercurielles ; inspirations et potions excitantes ; expectorants ; opiacés.

ARTICLE V.

DILATATION DES BRONCHES.

La dilatation des bronches n'est connue que depuis un petit nombre d'années. Si l'on recherche les causes de l'obscurité dans laquelle une lésion pathologique des poumons aussi notable est si longtemps restée au milieu des progrès de l'anatomie pathologique, on ne tarde pas à en trouver d'évidentes. On sait en effet que, jusqu'à la fin du siècle dernier, on a eu une très grande répugnance à faire l'autopsie des sujets qui avaient succombé à la phthisie pulmonaire, et par conséquent à toute maladie chronique des poumons qui pouvait la simuler ; d'un autre côté, les sujets affectés de dilatation des bronches ne présentent souvent, pendant la vie, que les symptômes d'un catarrhe pulmonaire chronique, surtout si l'on fait abstraction des signes stéthoscopiques inconnus avant ces dernières années ; enfin il n'est pas douteux que plus d'une fois, lorsqu'à l'autopsie on a trouvé une dilatation globuleuse des bronches, on ait, sans pousser plus loin les investigations, regardé cette lésion comme une caverne tuberculeuse. On doit donc être peu surpris de voir la dilatation des bronches passée sous silence par les auteurs, jusqu'à Laënnec ; mais, dès que l'auscultation fut découverte, cette affection fut bientôt reconnue. Laënnec la décrivit, et après lui MM. Andral, Louis et plusieurs autres auteurs ajoutèrent à sa description des particularités intéressantes que je ferai connaître.

Peut-être pensera-t-on que la dilatation des bronches n'est pas, à proprement parler, une maladie ; qu'elle n'est autre chose qu'une lésion consécutive à une bronchite chronique, et qu'il eût mieux valu en dire quelques mots à l'occasion de cette dernière affection ; mais, en y réfléchissant, on verra qu'il ne pouvait en être ainsi. Quoiqu'il soit certain, en effet, que la dilatation des bronches est, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, une lésion consécutive à la bronchite chronique, il n'en est pas moins vrai qu'une fois produite, cette lésion se manifeste à nous par des symptômes particuliers et par des signes spéciaux que le praticien a le plus grand intérêt à connaître. Ce n'est guère, sans doute, que sous le rapport du diagnostic et du pronostic que la dilatation des bronches a de l'importance ; mais cette importance ne laisse pas d'être très grande, puisque, si l'on ne connaissait point parfaitement la maladie, on la confondrait fréquemment avec la phthisie pulmonaire, dont le pronostic est infiniment plus grave : confusion qu'il n'est même pas toujours facile d'éviter avec une connaissance approfondie du sujet. Tout me fait donc un devoir de traiter à part de la dilatation des bronches.

Laënnec divisait la dilatation des bronches en deux formes principales. Dans la première, la bronche était dilatée uniformément dans une plus ou moins grande étendue ; dans la seconde, il existait un ou plusieurs renflements semblables à des cavernes. M. Andral a modifié cette division, en y ajoutant une troisième forme qui consiste en une série de gonflements globuleux séparés par des intervalles plus

ou moins grands, et occupant une ou plusieurs branches dans une étendue variable. C'est cette dernière qu'un médecin anglais, M. Elliotson, a appelée *dilatation en chapelet*. Je reviendrai sur ces distinctions à l'occasion des lésions anatomiques.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On a réservé le nom de *dilatation des bronches* à l'augmentation plus ou moins considérable du diamètre de ces canaux, lorsqu'elle a lieu dans une partie de leur étendue autre que leurs extrémités vésiculaires. Dans ce dernier cas, en effet, la maladie a été désignée sous le nom d'*emphysème pulmonaire*.

Ce n'est guère que sous cette dénomination de *dilatation des bronches* que la lésion qui nous occupe est connue dans la science.

Quant à sa *fréquence*, si l'on en juge par le petit nombre d'observations que nous possédons, on doit la regarder comme très peu considérable. Mais cette rareté des observations dépend sans doute, ainsi que l'a très bien fait remarquer Laënnec, de ce que les recherches ne sont pas généralement faites avec assez de soin, et qu'à moins d'être portée à un très haut degré, la dilatation des bronches peut passer inaperçue. Néanmoins il ne faut pas croire que si les recherches étaient faites avec un soin extrême, on découvrirait nécessairement un grand nombre d'exemples de cette lésion. Laënnec lui-même, qui en recherchait attentivement tous les cas, n'en a cité que quatre observations, dont deux ne lui appartiennent point ; M. Andral (1) n'en a présenté que 5 cas, dont un douteux ; et M. Louis, à l'hôpital de la Pitié, en a observé 8 ou 9 cas : environ un par an. On peut donc dire d'une manière générale que la dilatation des bronches, sans être une affection excessivement rare, est loin d'être fréquente.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Le nombre très limité des faits ne nous permet pas d'avoir des données bien positives sur l'action des causes prédisposantes. Relativement à l'*âge*, on trouve que le plus grand nombre des sujets avait plus de quarante ans. Néanmoins les enfants ne sont pas entièrement à l'abri de cette affection. Laënnec en a rapporté un cas observé chez un enfant de trois ans et demi, et M. le docteur Legendre a lu cette année, à la Société médicale d'observation, l'histoire extrêmement intéressante d'un enfant de sept ans qui avait une dilatation générale des bronches de tout un poumon. J'ai moi-même, en 1845, observé un fait semblable chez un enfant de neuf ans. La dilatation occupait toute la partie postérieure du poumon droit et la partie inférieure. M. Grisolle (2) avance que la dilatation des bronches ne se rencontre guère que chez les enfants. Cette opinion ne me paraît pas fondée sur les faits.

Sur 7 observations empruntées à Laënnec et à M. Andral, il y en a 6 qui appartiennent à des individus du *sexe* masculin. Le nombre des cas est assurément très insuffisant ; mais ce résultat est en harmonie avec la plus grande fréquence de la

(1) *Clin. méd.*, t. III, p. 199 et suiv.
(2) *Traité de la pneumonie aux différents âges*; Paris, 1841, p. 164.

bronchite chez l'homme. Or, comme dans tous les cas que j'ai sous les yeux, un nombre considérable de bronchites antécédentes, et en dernier lieu une toux habituelle, ont coïncidé avec le développement de la dilatation bronchique, il paraît tout naturel de trouver plus fréquemment cette dilatation chez l'homme que chez la femme. Mais dans les cas où les choses se passent ainsi, la bronchite a-t-elle réellement précédé la dilatation des bronches? ou bien la toux, dès son apparition, était-elle déjà un symptôme de la dilatation bronchique? Ces questions ne sont pas oiseuses; car M. Andral, ne pouvant pas admettre que, dans tous les cas, la dilatation soit due à la rétention du mucus et à son accumulation dans une partie des bronches, a pensé qu'il pourrait y avoir en même temps une espèce d'hypertrophie, cause première de la dilatation; et, d'un autre côté, M. Louis (1) a remarqué que, dans certains cas, la membrane muqueuse, au lieu d'être tendue, comme cela devrait être dans la supposition où la dilatation serait mécanique, offre des replis comme valvulaires.

Il est sans doute très difficile de résoudre ce problème par les faits. Les malades, en effet, ne se soumettent à l'observation que lorsque leur maladie a déjà fait de notables progrès, et d'ailleurs il est parfois difficile, pendant la vie, de diagnostiquer avec précision l'état des parties lésées. Cependant, si l'on considère que dans tous les cas, l'expectoration est abondante; que dans un bon nombre elle n'a lieu qu'après l'accumulation, pendant un temps plus ou moins long, du mucus dans les bronches, et enfin que l'état d'inflammation chronique dans lequel se trouvent ces canaux rend parfaitement compte de l'épaississement de leurs parois, on devra admettre que, dans la plupart des cas, la cause primitive de la dilatation des bronches est leur inflammation, qui donne lieu à la production d'un mucus abondant, dont l'accumulation a pour résultat l'élargissement des canaux aériens. C'est ce qui avait lieu d'une manière bien remarquable chez le sujet observé par M. Legendre. Pendant un ou plusieurs jours, le mucus s'accumulait dans une multitude de canaux bronchiques élargis, et puis il était rejeté en peu d'instants. Chez l'enfant que j'ai observé, il y eut pendant trois jours une telle accumulation de crachats dans les bronches dilatées, que la poitrine rendait un son très mat, et qu'on n'entendait pas la respiration. Ils furent ensuite expectorés en masse. Quant aux replis valvulaires observés par M. Louis, on peut les expliquer par la tendance de la bronche à revenir sur elle-même, après l'évacuation du mucus.

2° Causes occasionnelles.

Il n'est guère de causes occasionnelles, à part cette accumulation de crachats dans les bronches, qui mérite de nous arrêter longtemps. Laënnec pensait que la *coqueluche* pouvait produire cette lésion; mais le fait unique sur lequel il a établi cette opinion n'est pas suffisant pour la mettre hors de doute, bien que la sécrétion assez abondante de mucus qui a lieu dans la coqueluche lui donne une certaine vraisemblance. On a pensé qu'une *obstruction* d'un point quelconque des bronches devenait un cause puissante de dilatation, par l'obstacle qu'elle mettait à la sortie de l'air et des crachats. Sans doute une obstruction de ce genre, qui viendrait se joindre aux causes de dilatation déjà mentionnées, en augmenterait considérable-

(1) *Rech. sur l'emphys. pulmon.* (*Mém. de la Soc. méd. d'obs.*, t. I, p. 264).

ment la puissance ; car la dilatation des divers conduits d'excrétion derrière un point rétréci ou obstrué est un fait bien positif ; mais cette cause n'est certainement pas nécessaire, puisque dans plusieurs observations, et notamment dans celle de M. Legendre, les tuyaux bronchiques étaient dans toute leur étendue plus larges qu'à l'ordinaire, et présentaient partout une issue facile aux liquides et aux gaz.

§ III. — Symptômes.

Dans tous les cas que j'ai rassemblés, le *début* de l'affection remontait plus ou moins loin. Les malades annonçaient que depuis une ou plusieurs années ils étaient sujets à une *toux opiniâtre*, avec des *exacerbations* plus ou moins violentes, à des intervalles variables. Le petit malade observé par M. Legendre présentait cela de remarquable, que peu de jours après sa naissance, il avait éprouvé les symptômes d'un rhume très violent, qui se reproduisit fréquemment jusqu'à l'âge de quatre ans, où eurent lieu les premiers signes bien manifestes de la dilatation des bronches.

D'après ces renseignements, on pouvait déterminer, dans les cas dont il s'agit, l'époque à laquelle l'inflammation des bronches, suivie plus tard de dilatation, avait commencé. Mais dire à quel moment les bronches s'étaient dilatées, c'est ce qui n'était possible dans aucun cas. Ainsi le début de la dilatation elle-même reste nécessairement incertain. Dans le cas que j'ai observé, la matité de la poitrine, l'absence de la respiration, la toux, la fièvre, pouvaient faire croire à une pleurésie, mais l'expectoration abondante de crachats ayant débarrassé les bronches, ces signes furent remplacés par une respiration bronchique et une bronchophonie des plus intenses, qui furent bientôt suivies de la plus grande amélioration, et qui persistèrent longtemps après la guérison.

Les *symptômes* présentés par les malades, lorsqu'ils sont soumis à l'observation, sont les suivants :

1° *Toux* fréquente, opiniâtre, grasse, peu douloureuse, à moins qu'il ne survienne une bronchite aiguë.

2° *Expectoration* abondante ; crachats opaques, peu ou point aérés, variant du jaune au jaune verdâtre, et quelquefois même au brunâtre. Parfois les crachats sont épais, adhérents au vase, à peine mêlés d'un peu de liquide semblable à de la salive battue. Dans un certain nombre de cas, la matière de l'expectoration ressemble à du pus liquide ; c'est principalement alors qu'on a observé sa fétidité, notée trois fois sur sept dans les cas publiés par Laënnec et par M. Andral. Cette expectoration, comme celle de la bronchite chronique, est plus abondante le matin et le soir que dans le reste de la journée. Quelquefois même, et l'observation de M. Legendre nous en présente un exemple remarquable, il y a une espèce d'intermittence. L'enfant qui fait le sujet de cette observation restait un ou plusieurs jours sans expectorer ; puis, au bout de ce temps, il rendait une énorme quantité de crachats d'aspect purulent, et n'ayant qu'une odeur fade. M. Legendre a évalué à 200 grammes environ la quantité de liquide expectorée chaque fois. Cette expectoration déterminait très fréquemment le vomissement.

3° La *respiration* présente une *gêne* médiocre qui ne devient réellement pénible que lorsqu'une bronchite aiguë vient s'ajouter à l'affection chronique, ou lorsque,

comme dans le cas de M. Legendre, et dans celui que j'ai cité, une très grande quantité de matière s'est accumulée dans les bronches. L'*oppression* est également légère, et il n'y a pas de douleur marquée dans le thorax.

4° La *voix* ne présente aucune altération, à moins qu'il n'y ait une complication.

5° Mais ce sont les signes physiques qu'il importe surtout d'étudier avec soin. Suivant Laënnec, la *percussion* ne fournit que des résultats de peu de valeur. Il est certain, en effet, que plusieurs fois on n'a noté aucune altération du son au niveau de la dilatation bronchique. Dans un cas rapporté par M. Louis, entre autres (1), la percussion ne faisait rien reconnaître de notable. Cependant, lorsque la dilatation des bronches est considérable, le tissu pulmonaire éprouve autour de la partie dilatée une condensation plus ou moins complète, ce qui donne lieu à une matité assez prononcée. Dans les cas où la dilatation occupe les bronches de tout un poumon ou de tout un lobe, il y a une *matité* étendue qui a été constatée par Laënnec lui-même, et qui existait évidemment chez les enfants observés par M. Legendre et par moi.

L'*auscultation*, pratiquée avec tout le soin qu'ont dû y apporter les observateurs que j'ai cités, a fourni les résultats suivants : tantôt on entend, dans une grande étendue de la poitrine, un *souffle bronchique* très fort, accompagné d'une *bronchophonie* très marquée ; tantôt la *respiration* est *caverneuse*, et il existe une véritable *pectoriloquie*. Suivant Laënnec, la voix, la respiration et la toux donnent souvent la sensation du *souffle voilé*, c'est-à-dire de la présence d'un voile mince, d'une membrane humide qui flotte à chaque vibration et semble seule empêcher la colonne d'air de pénétrer dans l'oreille (2). Cette sensation fugitive, cette nuance si délicate, et dont l'importance n'est pas très grande, n'a été notée que par Laënnec. On entend, en même temps que les bruits que je viens d'indiquer, un *râle humide*, *muqueux*, plus ou moins abondant.

Dans un cas qui s'est présenté à son observation, le docteur Barlow (3) a trouvé les signes suivants, qui pouvaient faire croire à un pneumothorax, ou au moins à une vaste caverne. C'étaient un souffle caverneux très fort, un gros râle muqueux, et le *tintement métallique*.

On a vu plus haut que l'obstruction des bronches dilatées par les crachats peut, au contraire, empêcher tout signe stéthoscopique positif.

Il suit de ce qui précède que, dans quelques cas, les signes de la dilatation des bronches sont les mêmes que ceux d'une caverne, et dans d'autres ressemblent à ceux d'une induration chronique du parenchyme pulmonaire. Mais il est une dernière circonstance qu'il ne faut pas oublier, c'est que les signes de la dilatation des bronches peuvent se rencontrer dans des *parties très variables* de l'étendue des parois thoraciques ; on les trouve, en effet, au moins aussi souvent en arrière, en bas et à la partie moyenne de la poitrine, qu'au sommet du poumon même. C'est là un point très important pour le diagnostic, et que je rappellerai plus loin.

Quant aux *symptômes généraux*, ils sont nuls, suivant Laënnec, mais il y a un peu d'exagération dans cette assertion. Il est certain que les symptômes locaux dont

(1) *Rech. anat.-path. sur la phthisie*, 2e édition ; Paris, 1843, XIe obs., p. 219.
(2) *Traité de l'auscult. méd.*, 3e éd., t. I, p. 203.
(3) *Guy's hosp. Reports* ; 1847.

je viens de donner la description, et qui semblent annoncer des désordres si graves dans les poumons, se montrent assez souvent chez des sujets qui ont conservé leur embonpoint et leur fraîcheur, et qui n'offrent aucun phénomène fébrile. Cependant lorsqu'il survient une bronchite aiguë, ce qui a lieu fréquemment, non seulement les symptômes locaux augmentent beaucoup d'intensité, mais encore il peut y avoir un mouvement fébrile marqué ; et si la maladie se prolonge, si l'expectoration est très abondante, quelques signes de dépérissement peuvent se manifester. Ces accidents, il est vrai, ne sont pas ordinairement de longue durée, et bientôt l'affection reprend ses caractères de bronchite chronique simple. Toutefois, si, comme dans le cas cité par M. Legendre, la lésion est très étendue, et la maladie ancienne, l'amaigrissement et la fièvre peuvent se manifester. C'est principalement le soir que le mouvement fébrile se déclare.

Dans certains cas, on a constaté l'existence de la fièvre hectique, avec un dépérissement marqué ; mais il est facile de s'assurer que, dans ces cas, la dilatation des bronches n'était point simple, et que les symptômes généraux étaient occasionnés par une maladie chronique concomitante, et principalement par la phthisie pulmonaire.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de l'affection est lente. J'ai déjà dit qu'il survenait de loin en loin des exaspérations dues à l'apparition d'une bronchite aiguë. C'est ordinairement alors que les malades viennent réclamer les secours de la médecine. Néanmoins la marche de la maladie peut être véritablement aiguë. Dans un cas cité par M. Louis dans son *Mémoire sur l'emphysème des poumons* (obs. VI), les bronches furent trouvées manifestement dilatées après un mois de toux, d'oppression et d'expectoration. C'est là une exception rare.

Quant à la *durée* de cette affection, nous savons qu'elle peut être d'un grand nombre d'années, mais il nous est impossible de lui assigner des limites.

Enfin, il n'est pas de cas dans lequel la dilatation ait manifestement causé la mort par ses seuls progrès. Cette *terminaison* est souvent occasionnée par une autre affection chronique, et quelquefois par une pneumonie qui fait de rapides progrès.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ici se représentent les divisions tracées par Laënnec et par M. Andral. On trouve, à l'ouverture des corps, tantôt une ou plusieurs bronches uniformément dilatées dans une grande partie de leur étendue, occupant une portion plus ou moins considérable d'un lobe pulmonaire, et venant parfois se terminer en cul-de-sac à la surface de l'organe ; tantôt une cavité d'une étendue variable, plus ou moins bien arrondie, et dans laquelle viennent s'ouvrir de petites bronches ; tantôt enfin la disposition en chapelet que nous avons indiquée plus haut.

Le calibre des vaisseaux est parfois extrêmement élargi. On a vu des dilatations globuleuses qui pouvaient contenir une grosse noix. Lorsque l'élargissement occupe une grande étendue de la bronche, celle-ci peut quelquefois admettre le petit doigt, même à un point rapproché de la surface du poumon. C'est ce qui avait lieu chez l'enfant observé par M. Legendre. Quant aux parois des portions dilatées, elles sont, dans le plus grand nombre des cas, épaissies et parsemées de fragments

cartilagineux irréguliers, même dans des points voisins de la périphérie du poumon. La muqueuse est épaisse, granulée à la surface; elle a perdu sa transparence ; elle est d'un rouge plus ou moins foncé ; parfois elle offre une couleur brunâtre ; enfin elle est ramollie, et quelquefois à un haut degré.

Dans quelques cas, au contraire, on a trouvé les parois de la portion des bronches dilatées, minces, transparentes, globuleuses, semblables à des ampoules. M. Barth a observé un exemple de cette forme de dilatation bronchique déjà signalée par M. Andral, et l'absence de toute trace d'inflammation lui a fait penser que, dans ce cas, la dilatation pouvait bien être congénitale. Cette opinion avait, au reste, déjà été émise par Guersant, qui a observé la dilatation des bronches chez les enfants très jeunes.

La matière contenue dans les bronches ainsi dilatées est semblable aux crachats qui ont été rendus pendant la vie. Dans un cas observé par M. Louis à la Pitié, une dilatation globuleuse d'une bronche était remplie par une matière jaunâtre, non organisée, friable, s'écrasant entre les doigts comme du fromage, en un mot, évidemment tuberculeuse. Il est inutile de dire combien il était facile de commettre une erreur, et de prendre cette dilatation pour une caverne. Quelquefois le tissu pulmonaire conserve, autour de la dilatation, un certain degré d'élasticité. C'est alors que la percussion ne fournit aucun signe de quelque valeur. Mais ordinairement, lorsque la dilatation est un peu considérable, ce tissu est condensé comme si les cellules avaient été mécaniquement rapprochées les unes des autres, sans avoir toutefois perdu sa résistance à la traction, différant en cela de celui qui entoure les cavernes tuberculeuses. Il est imperméable à l'air, et n'offre pas de granulations à la coupe. Dans le cas rapporté par M. Legendre, le tissu, de consistance presque squirrheuse, ressemblait, sous les rapports de la couleur, de la densité, et de la consistance, à celui de l'utérus. C'est dans ces cas que la matité existe.

Telles sont les lésions qui appartiennent en propre à la dilatation des bronches ; elles ont été très soigneusement décrites par les auteurs ; mais j'ai dû me borner à en donner une simple indication. On trouve, en outre, les lésions dues aux maladies qui ont occasionné la mort, et dont il est inutile de nous occuper ici.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Le *diagnostic* de la dilatation des bronches est, comme je l'ai déjà dit, le point le plus important de son histoire. Voyons donc : 1° avec quelles maladies on peut la confondre, et quels sont les signes qui servent à la distinguer ; 2° si l'on peut parvenir à reconnaître quelle est la forme de la dilatation.

Nous avons vu que parfois il existe une matité notable de la poitrine, et en même temps un souffle et une bronchophonie très forte. On pourrait alors admettre l'existence d'une *pneumonie* à l'état aigu ou chronique, surtout si le siége de la lésion était à la partie postérieure et inférieure du poumon, cas le plus ordinaire en pareille circonstance.

On ne saurait évidemment soupçonner une *pneumonie aiguë* que dans le cas où une bronchite aiguë assez intense serait venue se joindre à la dilatation des bronches. Alors, en effet, il existe un mouvement fébrile plus ou moins marqué,

une toux violente, et, de plus, les symptômes locaux que nous venons d'indiquer; mais si l'on étudie avec soin toutes les circonstances de la maladie, on apprend que longtemps avant cette recrudescence, il existait une toux habituelle; qu'il n'y a eu au début ni frisson intense, ni trouble des voies digestives, ni point de côté; que les crachats n'ont pas été rouillés et n'ont présenté aucune des couleurs qui appartiennent à la pneumonie. Enfin, bien que des symptômes généraux existent, on remarque ordinairement qu'ils ne sont point en rapport avec la grande étendue de la lésion qu'indiquent les signes stéthoscopiques. Lorsque la fièvre est tombée depuis assez longtemps, et que les principaux symptômes se sont amendés, la persistance de ces derniers signes vient confirmer le diagnostic, qui alors, il est vrai, n'a plus la même importance.

On a vu que dans le cas que j'ai cité, l'absence du bruit respiratoire et de l'expectoration, la matité et l'appareil fébrile, pouvaient faire croire à une *pleurésie aiguë*, mais le peu d'intensité du point de côté et l'absence de l'égophonie empêchaient de commettre l'erreur, qui, du reste, n'était possible que les premiers jours.

Lorsque la pneumonie se termine par un *abcès* ou par la *gangrène du poumon*, elle peut donner lieu à une excavation dans laquelle se passent des phénomènes semblables à ceux qui appartiennent à la dilatation des bronches. La marche de la maladie et les signes que je viens d'indiquer suffisent, dans des cas semblables, pour faire éviter une méprise. Assez souvent, ainsi qu'on l'a vu plus haut, les crachats sont fétides dans la dilatation des bronches aussi bien que dans la gangrène du poumon; mais, dans ce dernier cas, ils ont une fétidité gangréneuse toute particulière, qui confirme le diagnostic plutôt qu'elle ne prête à la confusion.

Ce n'est que dans les cas où la dilatation des bronches n'offre aucun signe d'acuité, qu'on pourrait soupçonner l'existence d'une *pneumonie chronique;* mais: 1° cette dernière maladie est encore plus rare que la dilatation des bronches; 2° dans les cas infiniment peu nombreux où on l'a observée, on l'a vue succéder à une pneumonie aiguë; en sorte qu'en se rappelant l'invasion rapide de cette affection chez un sujet alors bien portant, on a un précieux élément de diagnostic; 3° lorsque la dilatation des bronches est dans des conditions telles que l'erreur de diagnostic pourrait être commise, on a, pour éviter cette erreur, l'absence du dépérissement et de la fièvre, qui existent dans la péripneumonie chronique, et qui y sont souvent très remarquables.

La dilatation des bronches pourrait être et a été, en effet, confondue avec les *cavernes tuberculeuses*. Ce n'est que quand la dilatation existe sous forme globuleuse que cette méprise est possible. Elle est d'autant plus grave, qu'on peut inspirer de très vives craintes au malade ou à sa famille, alors qu'il s'agit seulement d'une affection dont les conséquences sont peu redoutables. C'est donc relativement à ce diagnostic que nous devons rechercher avec le plus de soin les signes distinctifs des deux affections. On a vu que dans la dilatation des bronches il n'y avait pas de dépérissement marqué, quoique la maladie existât depuis longtemps, et avec des signes extrêmement notables. Dans la phthisie, au contraire, le dépérissement commence avec les premiers symptômes, et lorsque l'affection est arrivée au point où l'on pourrait la confondre avec la dilatation des bronches, il est toujours très considérable. En un mot, dans la première affection, il n'y a presque aucun rapport

entre l'état général du malade et les symptômes locaux ; dans la seconde, au contraire, ce rapport est évident.

L'expectoration, dans les deux affections, a beaucoup d'analogie ; néanmoins on ne trouve pas, dans la dilatation des bronches, les stries purulentes qui s'observent dans les crachats des phthisiques. Quelle que soit sa nature, l'expectoration est toujours plus homogène dans la dilatation des bronches, dans laquelle les sueurs nocturnes, les hémoptysies, le dévoiement habituel ne s'observent pas ; or la réunion de ces circonstances suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour lever tous les doutes. Quant aux signes physiques, ils fournissent quelquefois moins de lumière. Cependant il est une circonstance qu'il ne faut pas oublier, et qui est extrêmement importante pour le diagnostic : c'est que la dilatation des bronches a son siége aussi bien, et plus fréquemment peut-être, à la partie postérieure moyenne et inférieure de la poitrine, qu'au sommet des poumons, tandis qu'il est excessivement rare que la phthisie pulmonaire se montre ailleurs que dans ce dernier point. Il s'ensuit donc que, si l'on trouve hors des limites des lobes supérieurs du poumon les signes d'une caverne, on devra déjà soupçonner l'existence d'une dilatation des bronches plutôt que d'une excavation tuberculeuse ; mais on ne conservera plus de doute, lorsqu'on aura constaté l'absence des divers symptômes de fièvre hectique que je viens de mentionner.

Il arrive quelquefois que le tissu pulmonaire n'étant point notablement condensé au niveau de la dilatation, il n'y a pas dans ce point de matité marquée ; le diagnostic devient alors beaucoup plus facile, car les choses ne peuvent se passer ainsi que dans un cas de dilatation simple des bronches.

Enfin, il faut ajouter que, malgré tous ces éléments de diagnostic, quelque exercé que l'on soit dans l'exploration des maladies, et quelque soin que l'on mette dans cette exploration, il est des cas qui offrent des difficultés presque insurmontables : c'est lorsque la dilatation des bronches existe au sommet de la poitrine, chez un sujet d'une constitution détériorée. Les hommes les plus habiles ont pu, en pareil cas, croire à l'existence de la phthisie pulmonaire. Lorsque cette dernière maladie existe en même temps que la dilatation des bronches, le diagnostic est beaucoup plus difficile encore, mais il n'a plus que très peu d'importance.

Reste maintenant une dernière question. *L'existence de la dilatation des bronches étant reconnue, peut-on savoir quelle en est la forme?* D'après les observations que nous possédons, on voit que la dilatation uniforme d'une grande étendue des bronches se manifeste par la matité, le souffle bronchique et la bronchophonie, mêlés fréquemment d'un râle muqueux assez prononcé, et que la dilatation globuleuse, au contraire, donne lieu à la respiration caverneuse, au râle muqueux limité, à la pectoriloquie. Quant à la dilatation des bronches en chapelet, elle peut présenter tous ces signes à la fois. J'ajoute que ce diagnostic n'a pas une très grande importance pratique, car rien ne nous a encore appris qu'une des trois formes de la dilatation eût beaucoup plus de gravité que les autres.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la dilatation des bronches avec bronchite aiguë, et de la pneumonie aiguë.*

DILATATION DES BRONCHES AVEC BRONCHITE AIGUE.	PNEUMONIE AIGUE.
Antécédents : *Toux habituelle.*	Antécédents : Point de *toux habituelle.*
Au début de la bronchite, *symptômes* médiocrement intenses; ni *frissons intenses*, ni *vomissements*, etc.	Au début, *symptômes* plus ou moins intenses; *frissons*, *vomissements*, etc.
Oppression sans *point de côté.*	*Point de côté.*
Pas de *crachats pneumoniques.*	*Crachats rouillés*, *orangés*, etc.
Symptômes généraux non en rapport avec les *symptômes locaux.*	*Symptômes généraux* en rapport avec les *symptômes locaux.*

2° *Signes distinctifs de la dilatation des bronches et de la pneumonie chronique.*

DILATATION DES BRONCHES.	PNEUMONIE CHRONIQUE.
Antécédents : Point de *pneumonie aiguë.*	Antécédents : *Pneumonie aiguë préexistante.*
Point de *fièvre hectique.*	*Fièvre lente.*
Point de *dépérissement bien marqué.*	*Dépérissement.*

3° *Signes distinctifs de la dilatation des bronches et des cavernes tuberculeuses.*

DILATATION DES BRONCHES.	CAVERNES TUBERCULEUSES.
Malgré l'ancienneté de la maladie, *dépérissement peu notable.*	*Dépérissement datant du début.*
Point de *sueurs nocturnes.*	*Sueurs nocturnes.*
Pas d'*hémoptysie.*	Souvent *hémoptysie.*
Pas de *dévoiement habituel.*	*Dévoiement fréquent.*
Les signes physiques peuvent s'entendre *ailleurs* qu'au sommet des poumons.	Siége des signes stéthoscopiques dans les *lobes supérieurs.*
Quelquefois pas de *matité; son normal* de la poitrine.	*Matité* ou *son anormal* au niveau des cavernes.

4° *Signes distinctifs de la dilatation uniforme des bronches et de la dilatation avec renflement.*

DILATATION UNIFORME.	DILATATION AVEC RENFLEMENT.
Souffle *bronchique.*	Respiration *caverneuse.*
Bronchophonie *étendue.*	*Pectoriloquie.*
Râle muqueux *disséminé.*	Râle muqueux *circonscrit.*

Quelle que soit la valeur des différents signes distinctifs que je viens d'indiquer, je dois ajouter que le moyen le plus sûr de porter un diagnostic exact, c'est d'étudier avec soin la marche de la maladie, et d'interroger attentivement le malade sur ses antécédents. Il n'est pas une seule des circonstances qui s'y rattachent qui n'ait son importance.

Pronostic. La dilatation des bronches n'a point par elle-même un très grand danger; les sujets qui nous en ont fourni des exemples ont presque toujours succombé à une maladie chronique étrangère. Cependant l'état dans lequel se trouvent les poumons, et la facilité qu'ont les malades à contracter des bronchites, les exposent aux affections aiguës de poitrine, et principalement à la pneumonie, qui peut causer la mort.

§ VII. — Traitement.

On conçoit facilement qu'une maladie dont nous possédons un si petit nombre d'exemples ait été bien peu étudiée sous le rapport du traitement. Les difficultés mêmes du diagnostic se sont assez souvent opposées à ce qu'on dirigeât contre la dilatation des bronches des moyens particuliers. Presque toujours les sujets ont été traités comme affectés de bronchite chronique ou de phthisie pulmonaire. Voyons, dans les cas observés par les auteurs, le petit nombre de remèdes qui ont été employés.

Laënnec prescrivit, dans un cas, une infusion pectorale à laquelle on ajoutait 8 *grammes d'eau de chaux*. Dans un autre, il administra la potion suivante :

℞ Infusion de tilleul.......	120 gram.	Extrait de quinquina.....	2 gram.
Éther............... ..	2 gram.	Sirop de fleurs d'oranger...	14 gram.

A prendre par cuillerées.

Cette potion était sans doute destinée à faire cesser les quintes de toux, que Laënnec regardait comme spasmodiques.

Chez un sujet observé par M. Andral, on appliqua un *vésicatoire* sur la poitrine, et enfin Laënnec conseille les *amers*, les *astringents*, les *aromatiques*, les *balsamiques*, les *ferrugineux*, les *antiscorbutiques*. Une même réflexion s'applique à tous ces moyens : c'est que, si, d'après l'étude des symptômes, ils paraissent indiqués dans la dilatation des bronches, du moins nous ne pouvons invoquer aucun fait pour en apprécier le degré d'efficacité.

Je n'en dirai pas autant des *eaux sulfureuses*, bien que nous ne puissions citer en leur faveur aucune analyse d'observations ; mais leurs effets dans la bronchite chronique peuvent nous faire penser que certains cas, qui ont été donnés comme des exemples de véritable phthisie pulmonaire guérie par elles, n'étaient autre chose que de simples dilatations des bronches, avec un catarrhe chronique dont les symptômes ont été notablement amendés. Dans un cas bien reconnu, on pourrait donc avoir recours à ce moyen, avec espoir de succès.

Enfin, rappelant encore cette circonstance, que la *bronchite chronique* existe presque toujours dans la dilatation des bronches, dont elle fait pour ainsi dire partie essentielle, je dois indiquer comme nécessairement utile le *traitement de cette espèce de bronchite*, auquel je renvoie le lecteur.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antispasmodiques ; révulsifs ; toniques ; amers ; astringents ; aromatiques ; eaux sulfureuses, traitement de la bronchite chronique.

ARTICLE VI.

RÉTRÉCISSEMENT DES BRONCHES.

Cette lésion des canaux aériens est encore plus rare que la dilatation ; elle n'a qu'une importance très faible pour le praticien : c'est pourquoi je ne m'étendrai pas longuement sur son histoire.

On a cité un petit nombre de cas où les bronches étaient, dans une étendue variable, rétrécies à un haut degré. M. Andral, qui a recueilli quelques observations de ce genre, a vu une des grosses bronches rétrécie au point de pouvoir à peine admettre un stylet. Lorsque ce rétrécissement est aigu, il est dû tout simplement à un épaississement considérable de la muqueuse bronchique, et alors il n'est jamais porté au degré que je viens d'indiquer. Dans les cas de rétrécissement chronique, on a trouvé tous les tissus de la bronche hypertrophiés; et une fois même M. Andral rencontra, dans un des canaux aériens d'un petit calibre, une masse cartilagineuse qui appartenait à ses parois, et qui en obstruait en grande partie la cavité.

Les *symptômes* auxquels donne lieu le rétrécissement des bronches sont peu nombreux. Suivant M. Andral, on observe une dyspnée habituelle, moins forte lorsque le rétrécissement est chronique que lorsqu'il est aigu. Cependant on ne saurait admettre que, dans les cas qui ont été cités, ce symptôme ait appartenu exclusivement au rétrécissement des bronches; car il existait en même temps des affections dont la dyspnée est un symptôme, telles que la pleurésie et les tubercules pulmonaires.

La *percussion* ne fournit aucun signe de quelque valeur. A l'*auscultation*, on entend du râle ronflant ou sibilant, et quelquefois, comme M. Andral en a cité un cas très remarquable, une diminution notable du bruit respiratoire dans la portion du poumon où va se rendre la bronche oblitérée.

On voit, d'après le peu de matériaux que nous pouvons mettre en œuvre, combien le rétrécissement des bronches est encore peu connu. Je n'entrerai par conséquent dans aucun détail sur la *marche* de la maladie, sur le *traitement*, ni même sur le *diagnostic*, sur lequel il serait néanmoins bien plus important d'avoir des données positives. J'aurai occasion d'y revenir, lorsque je parlerai de la compression des bronches par les tumeurs développées dans la cavité thoracique.

Je n'ajoute qu'un mot relativement au traitement : c'est qu'on doit mettre en usage celui qui a été recommandé dans l'histoire de la *bronchite*.

ARTICLE VII.

EMPHYSÈME VÉSICULAIRE DU POUMON.

L'emphysème pulmonaire n'est réellement bien connu que depuis un petit nombre d'années. Plusieurs auteurs avaient, avant Laënnec, observé des dilatations plus ou moins considérables des vésicules du poumon ; mais, bien que quelques uns, et en particulier Baillie, eussent remarqué que les sujets présentant ces dilatations avaient eu une grande difficulté de respirer pendant leur vie, on peut dire néanmoins que les anciens n'avaient aucune idée précise des rapports qui existent entre la lésion propre à l'emphysème du poumon et les symptômes de cette affection. On peut s'en convaincre par la lecture des observations rapportées dans les ouvrages de Morgagni (1), de Stork, de Ruysch, etc., observations dont les détails portent exclusivement sur l'anatomie pathologique. Laënnec, étudiant avec sa sagacité ordinaire les maladies chroniques du poumon, ne tarda pas à trouver, chez des sujets que l'on croyait affectés d'un asthme ordinaire, une dilatation plus ou moins con-

(1) Epist. IV, 24 ; XVIII, 14, et XXII, 12 et 13.

sidérable des vésicules bronchiques, et bientôt il fut à même de tracer une histoire détaillée de la maladie. Plus tard M. Louis (1) publia sur cette affection un mémoire plein de détails intéressants et d'aperçus nouveaux. Dans ces derniers temps, M. Beau (2) a exposé quelques considérations sur le mécanisme de la production de l'emphysème pulmonaire. Enfin, dans les principaux traités d'auscultation, les signes de cette affection sont décrits avec grand soin.

Nous ne manquons donc pas d'éléments, et d'éléments très précis, pour faire l'histoire de cette intéressante maladie; cependant je trouverai, chemin faisant, un nombre assez considérable de questions difficiles à résoudre, et sur lesquelles des observateurs très distingués ont des opinions opposées : j'aurai donc à soulever plusieurs discussions importantes.

L'histoire de l'asthme, telle que nous l'ont laissée les anciens, présente une telle confusion, qu'il est assez difficile de déterminer quelle est la part précise de l'emphysème pulmonaire dans cette affection si complexe. Cependant, comme je ne me prononcerai que d'après les observations, je pourrai exposer, sans crainte d'erreur, l'état actuel de la science.

L'emphysème pulmonaire a été divisé par les auteurs en deux espèces particulières. La première est l'*emphysème vésiculaire*, c'est-à-dire celui qui a pour caractère anatomique le développement anormal des vésicules; et la seconde, l'*emphysème interlobulaire*, c'est-à-dire celui qui est caractérisé anatomiquement par l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire situé entre les vésicules et les lobules pulmonaires ou la plèvre. Je présenterai séparément l'histoire de ces deux affections, en commençant par l'*emphysème vésiculaire*, auquel cet article est exclusivement consacré.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Ici, tout d'abord, se présente une difficulté; les auteurs ne sont pas, en effet, d'accord sur les caractères qui distinguent l'emphysème pulmonaire des autres affections du poumon. Peut-on dire que cette maladie est la *dilatation des vésicules bronchiques?* A cela on répond que la dilatation des vésicules n'est que le résultat et non la cause organique de la maladie. Faut-il la définir un *catarrhe avec dyspnée intermittente?* Mais nous verrons plus loin qu'il n'est pas démontré que le catarrhe soit aussi essentiel à la production de la maladie que quelques auteurs le pensent. Enfin ne doit-on avoir égard qu'aux *accès de dyspnée* eux-mêmes? Mais il est parfaitement démontré que la maladie peut être reconnue positivement, en l'absence de ces accès. Au milieu de ces difficultés, on ne peut définir l'emphysème pulmonaire qu'en réunissant les principaux caractères de cette affection. Ainsi nous dirons que l'emphysème pulmonaire est une affection caractérisée pendant la vie : par *une augmentation de capacité d'une plus ou moins grande étendue des parois thoraciques; l'augmentation de la sonorité du thorax et la diminution du bruit respiratoire dans les points dilatés; des accès plus ou moins fréquents de dyspnée;* et après la mort, une *dilatation marquée des vésicules pulmonaires.*

Avant les recherches de Laënnec, on ne connaissait la maladie qui nous occupe

(1) *Mémoires de la Société médic. d'observ.*, t. I; Paris, 1837.

(2) *Étud. théor. et prat. sur les bruits dans les voies respiratoires* (*Archives de médecine*, 3ᵉ série; Paris, 1840, t. IX, p. 377).

que sous le nom d'*asthme* ; aujourd'hui le nom *d'emphysème pulmonaire* est généralement admis. Cependant M. Beau, craignant de donner, par cette expression, une trop grande valeur aux lésions anatomiques, veut que l'on revienne à l'ancienne dénomination. D'après ce que j'ai dit plus haut, on ne saurait admettre cette manière de voir.

L'emphysème des poumons est une des maladies les *plus fréquentes*. M. Louis a pu, en effet, observer 90 cas d'emphysème dans l'espace de moins de deux ans; et aujourd'hui que les signes en sont bien mieux connus, il n'est pas un médecin qui n'en trouve un nombre considérable dans sa pratique. Ce qui prouve encore mieux la fréquence de cette maladie, c'est ce fait noté par M. Louis, que sur 50 sujets emportés par le choléra, 23 étaient atteints d'emphysème à divers degrés. Enfin, si j'ajoute que le plus grand nombre des cas désignés autrefois sous les noms de *dyspnée*, *orthopnée*, *asthme*, *accès de suffocation*, étaient des cas d'emphysème pulmonaire, j'aurai donné une idée exacte de la grande fréquence de cette affection.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il reste beaucoup à faire pour l'étude des causes de l'emphysème. Les observations de MM. Louis et Jackson, qui présentent d'ailleurs des détails si importants, sont, de l'aveu du premier de ces observateurs, incomplètes sous le rapport des causes. Toutefois c'est encore là que nous devons chercher les renseignements les plus positifs.

L'emphysème pulmonaire peut se montrer *dès l'enfance*. M. Lediberder a rencontré des vésicules dilatées, chez des nouveaux-nés qui avaient succombé à des affections primitivement étrangères aux organes thoraciques. On peut même dire que c'est dans les premières années de l'existence que se manifeste le plus grand nombre des cas de cette maladie. Il est vrai qu'elle est proportionnellement beaucoup plus fréquente dans la *vieillesse* ; mais c'est parce que l'emphysème pulmonaire est une affection ordinairement très chronique, qui tend toujours à faire des progrès, et que, par suite, elle persiste jusqu'à un âge avancé.

On ne trouve pas, dans les auteurs, des renseignements positifs sur l'influence des *sexes* dans la production de cette affection.

Quant à la *constitution*, elle est très variable dans les observations qui ont été recueillies. Souvent elle est fort affaiblie chez les sujets soumis à notre observation ; mais ordinairement cette constitution débilitée est la conséquence et non la cause de la maladie.

L'*hérédité* mérite d'être étudiée. M. Jackson (1) a vu, en effet, que sur 28 sujets atteints d'emphysème pulmonaire, 18 étaient nés de parents affectés de la même maladie, tandis que sur 50 qui n'étaient pas emphysémateux, 3 seulement avaient eu des parents atteints d'asthme ; et, chose que M. Jackson a eu soin de noter, c'est que l'hérédité s'est principalement montrée chez les sujets qui avaient été atteints de l'affection dès leurs premières années ; circonstance remarquable, qui doit déjà nous porter à admettre que *tout n'est pas mécanique* dans la production de l'emphysème vésiculaire du poumon.

(1) *Mém. de M. Louis*, loc. cit., p. 55.

L'influence des diverses maladies sur la production de l'emphysème vésiculaire n'a pas été suffisamment recherchée. Cependant M. Fauvel (1) a constaté que la bronchite capillaire s'accompagnait constamment d'une dilatation aiguë des vésicules pulmonaires, sur laquelle je reviendrai plus loin. M. Grisolle (2) a examiné ses observations pour savoir si la pneumonie avait un résultat semblable, et il s'est assuré qu'il n'en était rien.

Tels sont les renseignements que nous avons sur les causes prédisposantes. Ils sont, comme on le voit, peu nombreux et peu précis, et c'est encore un sujet à signaler aux observateurs.

2° Causes occasionnelles.

Ce sont celles qui ont le plus spécialement fixé l'attention des auteurs, et en particulier de Laennec. « L'emphysème pulmonaire, dit-il, se développe presque toujours *à la suite des catarrhes secs* intenses et étendus, et presque tous les sujets asthmatiques par cette cause présentent, à l'ouverture, une dilatation plus ou moins marquée d'un certain nombre de cellules bronchiques. Cette observation conduit, ce me semble, à concevoir d'une manière toute physique la dilatation des cellules pulmonaires. Nous avons vu que, dans le catarrhe sec, les petits rameaux bronchiques sont souvent complétement obstrués, soit par les crachats nacrés, soit par le gonflement de leur membrane muqueuse; or, comme les muscles qui servent à l'inspiration sont forts et nombreux, que l'expiration, au contraire, n'est produite que par l'élasticité des parties et la faible contraction des muscles intercostaux, il doit souvent arriver que dans l'inspiration, l'air, après avoir forcé la résistance que lui offraient les mucosités ou la tuméfaction de la membrane bronchique, ne peut la vaincre dans l'expiration, et se trouve emprisonné par un mécanisme analogue à celui de la crosse d'un fusil à vent. » C'est ensuite par l'accumulation de l'air dans cette cavité, dont l'ouverture est obstruée, que Laënnec explique la dilatation des vésicules.

Cette explication a été adoptée par M. Beau, qui non seulement admet comme cause occasionnelle l'existence du catarrhe sec, mais encore celle du catarrhe pituiteux. Celui-ci peut, en effet, suivant cet observateur, obstruer les bronches de manière à produire l'accumulation d'air signalé par Laënnec.

M. Louis n'est pas de cette opinion; mais à ce sujet quelques mots d'explication sont nécessaires. Laënnec n'a pas seulement indiqué le catarrhe comme cause occasionnelle, mais encore il a signalé comme caractère essentiel de l'emphysème le râle sous-crépitant, qui est un signe de la bronchite capillaire. M. Louis a pensé que c'était à l'accumulation du liquide produit par cette bronchite capillaire, dont le signe physique paraissait un caractère pathognomonique à Laënnec, que ce dernier auteur attribuait la dilatation. On vient de voir que l'explication de Laënnec est un peu différente. D'où il suit que l'objection de M. Louis perd de sa force, relativement au mécanisme de la production de l'emphysème. Je dois même dire que l'extrême fréquence du râle sibilant et ronflant dans l'emphysème, ainsi que l'existence presque constante de la toux et d'un catarrhe pulmonaire antérieur à la dilatation, donnent de la valeur à l'opinion de

(1) *Rech. sur la bronch. capill.*; Thèse, Paris, 1840.
(2) *Trait. de la pneumonie aux différents âges*; Paris, 1841, in-8, p. 462.

Laënnec et de M. Beau. Néanmoins il est quelques considérations qui prouvent que la dilatation n'est pas purement mécanique, et qu'il faut, pour sa production, une prédisposition particulière qui échappe à notre appréciation. Déjà, en effet, nous avons vu que la maladie tend à se transmettre par hérédité ; or n'y aurait-il, en ce cas, qu'une simple transmission de la facilité à contracter la bronchite?

Mais allons plus loin : Laënnec dit que l'emphysème pulmonaire se développe *presque toujours* à la suite du catarrhe ; donc il y a des cas dans lesquels le catarrhe antécédent n'a pas existé. Toutefois M. Beau répond qu'il ne faut pas une longue existence du catarrhe pour produire l'emphysème ; que, dès que le premier occasionne l'obstruction des bronches, le second peut se développer, et cela très rapidement. Le fait est vrai ; mais il est des cas qui ne se prêtent point à cette explication. M. Louis a vu, en effet, deux sujets qui n'éprouvaient ni dyspnée, ni aucun autre signe du catarrhe pulmonaire, quoique les symptômes physiques de l'emphysème existassent à un haut degré ; évidemment on ne saurait trouver dans ces deux cas la cause signalée par Laënnec. On verra, en outre, dans la description qui va suivre que l'emphysème affecte d'abord et de préférence le bord antérieur du poumon, de telle sorte qu'à son début il est presque toujours borné à cette partie de l'organe ; comment expliquer ce fait dans la théorie de Laënnec et de M. Beau? On ne saurait évidemment admettre que les bronches dont les extrémités vont se rendre au bord tranchant de l'organe sont seules affectées de catarrhe et obstruées. Enfin, M. Longet (1) a rapporté des expériences qui prouvent que les parois des vésicules pulmonaires sont douées de contractilité, que la section du nerf vague les paralyse, et qu'il en résulte l'emphysème.

Que conclure de tout cela ? Que s'il est vrai que le catarrhe pulmonaire, donnant lieu à une sécrétion visqueuse, et par suite à une dilatation des canaux bronchiques, peut produire la dilatation des vésicules, cette cause n'est pas constante ; qu'il faut chez les sujets une prédisposition particulière que nous ne pouvons saisir ; en un mot, je le répète, que *tout n'est point mécanique* dans la production de cette maladie.

Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est qu'on a vu une simple émotion morale donner lieu à l'emphysème pulmonaire. Laënnec en a vu des exemples, et M. Louis en rapporte deux cas qu'il a observés avec soin. Enfin, Laënnec lui-même a reconnu que, dans certains cas, la dilatation des cellules est primitive et le catarrhe consécutif.

Ce dernier auteur regarde encore comme cause occasionnelle les *grands efforts inspiratoires* qui obligent de retenir longtemps dans les poumons l'air inspiré, l'action de jouer des instruments à vent, par exemple. Toute *compression des gros troncs bronchiques* lui paraît encore propre à produire le même effet ; mais cette opinion n'est pas fondée sur des faits concluants.

On voit qu'il y a encore beaucoup à faire pour donner à l'étude des causes de l'emphysème pulmonaire le degré de précision nécessaire, et il est d'autant plus à désirer que les observateurs dirigent leur attention sur ce point, qu'en pareil cas l'étude des causes n'est pas un objet de pure curiosité, et peut avoir une grande influence sur le traitement de la maladie.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 5 décembre 1842.

§ III. — Symptômes.

Déjà Laënnec avait tracé une description assez détaillée des symptômes de l'emphysème pulmonaire ; mais c'est M. Louis qui a donné à cette description le degré de précision qu'elle présente aujourd'hui ; c'est aussi à lui que j'emprunterai les principaux détails qui vont suivre.

Début. Nous avons vu que le *début* de l'affection remontait très souvent à une époque très éloignée. Dans ces cas, tantôt les malades se souviennent qu'ils ont été de très bonne heure fort essoufflés, et que, dans les premiers temps, la maladie a eu une assez grande intensité ; tantôt, au contraire, ils rapportent que leur oppression, d'abord peu considérable, n'a fait que des progrès lents, et n'a acquis une certaine violence qu'au bout de quelques années. Dans ceux où la maladie est due à une émotion morale, elle se manifeste dès le début avec une intensité marquée.

Symptômes. Une *dyspnée*, d'autant plus notable que l'emphysème occupe une plus grande étendue, se manifeste chez un si grand nombre de sujets, que les cas où elle n'existe pas doivent être regardés comme tout à fait exceptionnels. Souvent les malades se rappellent que, dans leur enfance, ils ont eu l'haleine très courte, et n'ont jamais pu se livrer avec facilité aux jeux de cet âge. Dans tous les cas où l'on a pu étudier les sujets pendant un temps assez considérable, on a observé cette dyspnée à un degré plus ou moins marqué. Une fois établie, elle persiste, et, dans le plus grand nombre des cas, elle fait des progrès sensibles.

Accès de dyspnée. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans les troubles de la respiration, ce sont les *accès de dyspnée* qui reviennent avec une intensité variable, suivant les sujets. Ils ont été décrits sous le nom d'*accès d'asthme* par tous les auteurs, jusqu'à ce que Laënnec ait démontré le rapport qui existe entre la difficulté de la respiration et la dilatation des vésicules bronchiques. Dans ces accès, l'air venant tout à coup à manquer aux malades, ils se mettent sur leur séant ou sortent de leur lit, et font des efforts considérables pour faire entrer dans la poitrine une masse d'air suffisante. Lorsque la dyspnée est poussée au plus haut degré, ils se cramponnent à un corps solide, afin de donner un point d'appui aux muscles inspirateurs, dont les contractions deviennent très violentes. Les yeux sont hagards, la face exprime la frayeur, et souvent il y a une lividité marquée des lèvres. En un mot, on observe tous les signes de l'asphyxie imminente. Ces accès offrent une très grande variété dans leur intensité : certains sujets n'éprouvent qu'une simple augmentation de leur difficulté habituelle de respirer, et d'autres voient survenir tout à coup les symptômes violents que je viens de décrire. Ce sont ces variétés que les anciens ont désignées sous les noms de *dyspnée*, *asthme*, *orthopnée*, *apnée*, et dont ils faisaient autant d'états pathologiques différents. On a recherché la cause de ces accès ; mais quelquefois il est difficile de la reconnaître, quelque soin qu'on mette à étudier les circonstances dans lesquelles le malade s'est trouvé placé. Cependant on a constaté que l'existence d'un catarrhe pulmonaire aigu venait augmenter considérablement leur nombre et leur intensité ; ce qui a donné lieu sans doute à l'opinion un peu trop exclusive de M. Beau.

A la dyspnée se joint habituellement un *sentiment d'oppression* derrière le sternum. Les malades redoutent et évitent avec soin tout ce qui peut apporter quel-

que trouble dans la respiration : ainsi les courses rapides, l'inspiration de l'air froid, l'aspiration des poussières irritantes, etc. Ils ne peuvent pas faire une lecture à haute voix sans être essoufflés, et quand ils parlent vite, leur discours est entrecoupé d'inspirations hautes et quelquefois bruyantes. Cependant la voix n'est pas sensiblement altérée, et l'on ne remarque aucun symptôme ayant son siége dans le larynx ; mais du côté de la poitrine, il en existe de fort remarquables que je vais passer en revue. Et d'abord étudions l'état des parois thoraciques.

Dans tous les cas observés par MM. Louis et Jackson, la *conformation du thorax* était altérée. Déjà Laënnec avait signalé la forme globuleuse de la poitrine, mais n'avait pas, à beaucoup près, étudié ses altérations de forme avec autant de soin et de succès que les deux auteurs précédents. La déformation de la poitrine consiste, dans le plus grand nombre des cas, en une *saillie* plus ou moins étendue existant le plus souvent d'un seul côté de la poitrine, et ordinairement à gauche; commençant sous l'une des clavicules, et se continuant jusque près de la mamelle et un peu au delà, dans la largeur de 9 centimètres environ. Cette saillie, dont les limites se fondent insensiblement avec le reste des parois thoraciques, est due non seulement au soulèvement des côtes, mais encore à la tension manifeste des muscles intercostaux ; en sorte qu'on ne sent plus la dépression qui existe, à l'état normal, entre les côtes. Quelquefois on trouve une saillie semblable des deux côtés de la poitrine, et alors l'emphysème est double. Trois fois sur six cas, cette voussure fut trouvée à la partie postérieure du thorax.

Lorsque la maladie est portée au plus haut point, cette dilatation envahit toute la poitrine, qui alors est globuleuse, comme l'avait remarqué Laënnec.

Il est une autre saillie qui a été constatée par M. Louis, et qu'on rencontre assez fréquemment ; elle a son siége derrière les clavicules. Chez les sujets qui la présentent, *le creux sus-claviculaire est effacé*, et, pour arriver jusqu'aux parties latérales du cou, le plan de la partie antérieure de la poitrine se continue sans interruption.

Je viens de décrire la déformation de la poitrine comme un signe appartenant en propre à l'emphysème pulmonaire ; mais M. Beau a émis une opinion très différente. Suivant lui, dans un bon nombre des cas où l'on a trouvé une saillie de la partie antérieure de la poitrine, il n'existait autre chose qu'une de ces saillies physiologiques étudiées par M. le docteur Woillez (1). M. Beau se fonde : 1° sur ce que la saillie de l'emphysème a été trouvée plus fréquemment à gauche, où se montre de préférence la saillie physiologique ; 2° sur ce que, dans les cas où la saillie est due à la dilatation du poumon, elle n'est point persistante, et disparaît avec le catarrhe, première cause de sa production. La première objection ne me paraît point avoir une valeur réelle, attendu que ce n'est point seulement l'existence d'une saillie que l'on a constatée, mais un soulèvement anormal des espaces intercostaux, et, comme nous le verrons plus tard, une augmentation de sonorité et une diminution d'intensité du bruit respiratoire dans le point occupé par la voussure, ce qui prouve que cette voussure est véritablement pathologique. Quant à la disparition de la saillie après la guérison du catarrhe, tout porte à croire que si elle a lieu, ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels ; car depuis l'apparition

(1) *Rech. prat. sur l'insp. et la mensurat. de la poitrine*; Paris, 1838.

du mémoire de M. Beau, j'ai cherché à constater le fait sans pouvoir y parvenir ; et d'ailleurs, ainsi que nous l'avons vu plus haut, M. Louis a observé la voussure chez des sujets qui n'avaient point de catarrhe.

J'ai insisté sur cette discussion, parce que l'opinion d'un observateur aussi distingué que M. Beau est d'un grand poids, et qu'il est extrêmement important, pour le diagnostic, de connaître exactement la valeur du symptôme dont il s'agit.

La *percussion* de la poitrine fournit des renseignements très utiles, car partout où l'on trouve cette dilatation partielle ou générale dont il vient d'être question, il existe une *augmentation marquée de la sonorité* du thorax. M. Louis n'a trouvé qu'une seule exception à cette règle, et c'était chez un sujet dont les muscles épais ne permettaient pas de pratiquer convenablement la percussion.

L'*auscultation* ne fait pas reconnaître des signes d'une moins grande importance. D'abord on trouve une *diminution marquée du bruit respiratoire* au niveau des points dilatés. On doit toujours avoir soin, pour la constater, d'ausculter la poitrine des deux côtés, dans des points parfaitement correspondants. Quelquefois cette faiblesse du bruit respiratoire est remplacée par une rudesse plus ou moins marquée. En même temps, on entend dans plusieurs points de la poitrine un *râle sifflant ou sonore*, avec ses diverses variétés (*roucoulement de tourterelle*, *corde de basse*, etc.), qui quelquefois est limité à la saillie du thorax, c'est-à-dire, ainsi que le fait remarquer M. Louis, à la partie des poumons où la dilatation des vésicules est plus marquée, ce qui lui a fait dire que, quoique commun à plusieurs maladies, le râle sifflant a peut-être quelque chose de propre à l'emphysème.

Il existe aussi, dans quelques cas, un râle sous-crépitant, que Laënnec a donné comme un signe tout à fait pathognomonique, et dont le siége se trouve à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, à la base des deux poumons. M. Louis a bientôt reconnu que ce râle sous-crépitant produit, ainsi que je viens de le dire, dans un point fort éloigné du siége de la maladie, n'est autre chose qu'un signe du catarrhe pulmonaire aigu, qui vient quelquefois ajouter une si grande intensité à l'emphysème pulmonaire. On en acquiert facilement la preuve, en suivant attentivement la marche de la maladie. M. Beau a souvent, dit-il, rencontré le râle sous-crépitant à la partie antérieure de la poitrine, quoiqu'il fût plus abondant et plus étendu à la partie postérieure. Ces faits prouvent que la bronchite intercurrente occupait une grande étendue du poumon, qu'elle avait envahie, comme à l'ordinaire, en commençant par la partie inférieure, mais nullement que le râle sous-crépitant est particulièrement lié à la production de l'emphysème ou qu'il en est le signe pathognomonique, comme le pensait Laënnec.

Dans environ la moitié des cas, il existe, au niveau de la saillie qui correspond aux cellules dilatées, une *douleur* peu caractérisée de la poitrine. Cette douleur n'augmente ni pendant l'inspiration, ni pendant la toux.

La *toux* est un des symptômes les plus constants de l'emphysème, et c'est là un nouveau motif d'admettre la liaison intime d'un léger catarrhe chronique avec cette affection. Néanmoins M. Louis fait remarquer que, dans tous les cas observés par lui, la dyspnée et assez souvent l'oppression, débutèrent avant la toux ; mais on peut admettre qu'au début, le léger catarrhe dont il s'agit, et que Laënnec classait parmi les catarrhes latents, a pu être assez intense pour produire la dyspnée, sans déterminer une toux notable. Au reste, le symptôme dont il s'agit n'a jamais une

très grande intensité, à moins qu'il ne survienne une de ces bronchites aiguës dont j'ai déjà parlé.

Les *crachats*, lorsqu'il n'existe point de catarrhe aigu avec râle sous-crépitant à la partie postérieure de la poitrine, sont plus ou moins mousseux, largement aérés, demi-vitrés, semblables à une solution de gomme, ou quelquefois perlés et nacrés. Lorsqu'au contraire ce catarrhe existe, on observe les crachats de la seconde période de la bronchite, c'est-à-dire les crachats verdâtres, opaques, peu aérés, ou grisâtres et légèrement striés de sang.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre à l'emphysème pulmonaire. Ce sont eux qui servent à fixer d'une manière précise le diagnostic; mais il en est quelques autres qu'il faut rapidement indiquer.

Lorsque la maladie a duré longtemps, il survient souvent des *palpitations et de l'œdème;* ces symptômes sont dus à une *hypertrophie* plus ou moins considérable *du cœur*, qui se fait reconnaître par ses signes ordinaires. Cette apparition de l'anévrysme du cœur, chez des sujets affectés d'emphysème pulmonaire, a fait penser à quelques observateurs que l'asthme était dû à cette dernière affection; mais en étudiant la marche de la maladie, on voit que les premières palpitations, et tous les symptômes qui se lient à l'hypertrophie du cœur, ont apparu fort longtemps après le début de l'emphysème; en sorte que cette hypertrophie, bien loin d'être la cause de l'asthme, n'en est qu'un effet.

Lorsqu'il n'existe point de catarrhe aigu intense, la circulation ne présente rien de remarquable, à moins toutefois qu'il n'existe une hypertrophie considérable du cœur; mais lorsque ce catarrhe se déclare, la *fièvre* s'allume quelquefois avec intensité, le pouls devient dur et fréquent, la peau est chaude, la face animée, il y a quelquefois de l'agitation; parfois aussi les douleurs de la poitrine augmentent de violence; et si l'on se rappelle que la dyspnée est très considérable, on ne sera pas surpris qu'en pareil cas on puisse croire à l'existence d'une véritable pneumonie. J'ai vu à la Salpêtrière plusieurs cas de ce genre, dans lesquels la connaissance des antécédents, l'existence du râle sous-crépitant des deux côtés de la partie postérieure de la poitrine, et la persistance de la sonorité normale, pouvaient seules faire éviter une erreur de diagnostic.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique. Elle offre d'assez grandes variations, suivant les sujets. Les accès deviennent parfois très fréquents et très violents, et quelquefois sont très rares et très peu intenses. Nous avons vu que la cause de ces exacerbations, d'une durée plus ou moins longue, est souvent l'apparition d'un catarrhe pulmonaire aigu.

Quant à la *durée* de la maladie, elle est illimitée. On voit fréquemment des sujets en présenter les symptômes depuis leur enfance jusqu'à un âge assez avancé. J'ai vu, à la Salpêtrière, une femme atteinte d'un emphysème porté au plus haut degré, avec une dyspnée extrême, qui avait souvent été citée comme exemple, vingt ans auparavant, par Laënnec, dans ses leçons de clinique. M. Louis a rencontré quelques cas dans lesquels la marche de la maladie a été rapide; mais ils sont rares.

L'emphysème peut-il se terminer par la mort? R. Prus (1) est, je crois, le seul auteur qui ait admis cette *terminaison*. Il a observé un certain nombre de cas dans lesquels la mort est survenue, sans qu'on pût attribuer l'asphyxie à l'accumulation des mucosités dans les bronches ou à une affection du cœur. J'ai vu moi-même, à la Salpêtrière, un cas semblable ; mais il faut dire qu'il était survenu une exacerbation violente, due à l'apparition d'une bronchite capillaire aiguë, maladie qui, devenant plus grave par sa liaison avec l'emphysème, a dû beaucoup contribuer au résultat fatal. Dans le fait cité par M. Odoardo Turchetti (2), les choses se sont passées de la même manière. On peut dire que s'il est des cas où l'emphysème pulmonaire peut, par ses seuls progrès et sans le concours d'une autre maladie, occasionner la mort, ils sont rares.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je vais indiquer très rapidement les lésions trouvées dans le poumon et décrites avec beaucoup de soin par Laënnec, et ensuite par M. Louis, qui a ajouté des détails fort intéressants à ceux que nous a laissés le premier de ces observateurs.

Dans une partie plus ou moins étendue des poumons, on trouve une dilatation des vésicules pulmonaires, portée quelquefois jusqu'au point de déterminer la rupture de ces petites cavités. Souvent l'emphysème occupe toute l'étendue de la poitrine ; mais, dans ce cas, la dilatation est plus marquée vers le bord antérieur du poumon. Lorsque la lésion est partielle, c'est à la partie antérieure du poumon qu'on la retrouve encore. Quand les vésicules ont été dilatées outre mesure, elles forment, par leur réunion, des saillies aplaties, de forme et de dimension variables, et c'est presque toujours aux bords tranchants des poumons qu'on trouve ces espèces d'appendices.

La dilatation des vésicules varie beaucoup. On a vu les petits sacs membraneux qu'elles forment par leur réunion avoir jusqu'à 2 et 3 centimètres de diamètre. Autour de ces appendices, les vésicules présentent une dilatation beaucoup moins grande, mais toujours assez marquée. Laënnec a rencontré à la surface des poumons un si grand nombre de ces vésicules saillantes, qu'elles leur donnaient une grande ressemblance avec les poumons vésiculeux de la famille des batraciens, aspect que le docteur Mathias Baillie (3) avait déjà signalé. Le premier de ces observateurs, ayant incisé ces saillies globuleuses, a vu qu'elles présentent, au point où elles commencent à s'élever à la surface du poumon, un simple étranglement qui les fait communiquer avec une cavité dont les parois ne s'affaissent pas par l'incision, et au fond de laquelle on aperçoit de petites ouvertures par où elles communiquent également avec les cellules qui les avoisinent et avec les bronches. R. Prus, se fondant sur ce que ces cavités sont irrégulières, et ont des parois très minces, pense qu'elles sont dues non à une dilatation des cellules bronchiques, mais à une extravasation d'air dans le tissu interlobulaire. Aussi pour lui, et contrairement à ce que nous avons vu plus haut, l'emphysème interlobulaire est-il plus fréquent que l'emphysème vésiculaire. Mais si l'on suit le développement des lésions anatomiques, on voit qu'elles consistent primitivement en une simple dila-

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine ;* Paris, 1843, t. X, pag. 655.
(2) *Memoriale della medicina contemp. ;* 1844.
(3) *Morbid anatomy ;* London, 1818, 5e éd., p. 78.

tation des vésicules, qui, lorsque cette dilatation est portée au plus haut degré, se rompent de manière à se réunir. D'ailleurs la communication signalée par Laënnec, et que je viens d'indiquer, s'oppose à ce que l'on admette, sans de nouvelles démonstrations, l'opinion de R. Prus.

Dans les points où existent ces vésicules dilatées, le tissu pulmonaire présente une résistance plus grande ; lorsque, après l'avoir comprimé fortement avec les doigts, on en a chassé l'air contenu dans les cellules, on le trouve plus épais et plus dense que dans tout autre point du poumon, ce qui est dû à l'hypertrophie des parois vésiculaires. Quand l'emphysème occupe une grande partie de l'étendue du poumon, la capacité de la poitrine paraît trop petite pour contenir cet organe, qui se dilate au moment où l'on fait l'ouverture de cette cavité.

M. Piédagnel (1) a décrit un emphysème particulier, caractérisé principalement par cette crépitation des poumons qu'on regarde généralement comme indiquant l'état sain de ces organes ; mais, comme M. Piédagnel pense qu'en pareil cas il y a une rupture des vésicules pulmonaires, nous n'en parlerons qu'à l'occasion de l'*emphysème interlobulaire*.

Il est à regretter que l'état de la membrane interne des bronches n'ait pas été examiné avec plus de soin par les auteurs. Laënnec lui-même, qui attachait une si grande importance à l'inflammation de cette membrane, n'a pas cherché les traces de cette lésion après la mort ; c'est une lacune qu'il ne m'est pas permis de remplir, et qui est digne de fixer l'attention des observateurs.

On a trouvé souvent l'appareil circulatoire, et principalement les vaisseaux à sang noir des poumons, gorgés de sang. R. Prus a noté un état poisseux de ce liquide qui lui paraît propre à l'emphysème.

Quânt aux lésions des autres organes, je ne trouve que l'hypertrophie du cœur que l'on puisse rapporter à la maladie qui nous occupe. Je ne la décrirai pas ici, cette altération organique n'offrant rien de particulier.

La phthisie pulmonaire ne paraît nullement, d'après les observations de M. Louis, liée à l'emphysème des poumons ; car chez les sujets qui ont présenté cette dernière affection, il a trouvé moins souvent des tubercules que chez ceux qui ont succombé à toute autre maladie.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Quand on a étudié avec soin les symptômes et la marche de l'emphysème pulmonaire, il est difficile de confondre cette affection avec aucune autre maladie donnant lieu à la dyspnée.

On ne la confondra point avec la *dilatation des bronches ;* car, dans celle-ci, la respiration, au niveau du point occupé par la maladie, est bronchique ou caverneuse. Il y a de la bronchophonie, et la dyspnée ne se manifeste pas par des accès tranchés, comme dans l'emphysème pulmonaire.

Nous avons vu que, dans l'emphysème, il existe une sonorité exagérée d'une plus ou moins grande étendue du thorax, avec un affaiblissement du bruit respiratoire, et qu'à moins de circonstances toutes particulières, il n'y a point de mouvement fébrile. En voilà plus qu'il n'en faut pour le distinguer de la *phthisie tuberculeuse*,

(1) *Mém. sur l'état sain et sur l'emphysème des poumons.*

dans laquelle on trouve une obscurité du son sous les clavicules, avec un dépérissement fébrile plus ou moins marqué, alors même que, par l'auscultation, on ne constate qu'une simple diminution d'intensité du bruit respiratoire.

L'*anévrysme de l'aorte* donne lieu à une voussure et à une dyspnée notables, et s'il y a compression d'un tuyau bronchique, on trouve à l'auscultation une diminution et quelquefois un silence complet de la respiration dans un point de la poitrine; mais la matité au niveau de la voussure, l'énergie des battements, et souvent un bruit de souffle ou de râpe, lèvent tous les doutes.

Maintenant devons-nous établir un diagnostic entre l'emphysème vésiculaire des poumons et l'*asthme essentiel*, admis encore par un certain nombre d'auteurs? Il serait prématuré de se livrer à cette discussion. Je consacrerai un article particulier au petit nombre de cas cités comme appartenant à l'asthme, et alors je pourrai décider s'il existe réellement un asthme indépendant de toute affection organique du poumon, ou s'il faut regarder les cas de cette maladie, que l'on cite encore, comme des cas d'emphysème pulmonaire mal observés.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'emphysème pulmonaire et de la dilatation des bronches.*

EMPHYSÈME PULMONAIRE.	DILATATION DES BRONCHES.
Voussure plus ou moins étendue.	*Pas de voussure.*
Son plus clair au niveau de cette voussure.	Son ordinairement *plus obscur* dans un point plus ou moins étendu.
Affaiblissement notable *du bruit respiratoire*, surtout au niveau de la voussure.	*Respiration bronchique*; bronchophonie.
Accès de dyspnée plus ou moins violents.	*Point d'accès* de dyspnée.

2° *Signes distinctifs de l'emphysème et de la phthisie pulmonaire.*

EMPHYSÈME.	PHTHISIE.
Voussure ou dilatation générale.	*Point de voussure* ni de dilatation générale.
Son *plus clair* au niveau de la voussure.	Son *obscur*.
Point de fièvre ni de dépérissement.	*Fièvre hectique*, dépérissement.

3° *Signes distinctifs de l'emphysème pulmonaire et de l'anévrysme de l'aorte.*

EMPHYSÈME.	ANÉVRYSME DE L'AORTE.
Sonorité augmentée au niveau de la voussure.	*Matité* au niveau de la voussure.
Point de battements anormaux.	*Battements artériels* plus ou moins intenses.
Pas de bruit de souffle ou de râpe.	Souvent *bruit de souffle* ou de râpe.

Je n'insisterai pas davantage sur ce diagnostic, qui, je le répète, est facile dans la grande majorité des cas, pour quiconque a convenablement étudié l'emphysème.

Pronostic. On a vu qu'il est au moins extrêmement rare que l'emphysème pulmonaire produise par lui-même la mort : en sorte que, sous ce rapport, on ne peut pas considérer cette affection comme très grave; mais il n'en est pas de même quand on l'envisage sous un autre point de vue. L'emphysème, lorsqu'il est parvenu à un haut degré, entraîne fréquemment à sa suite l'hypertrophie du cœur, dont les progrès causent tôt ou tard la mort. D'un autre côté, l'état pathologique dans lequel se trou-

vent les poumons rend, d'après les faits cités plus haut, les inflammations de la muqueuse bronchique beaucoup plus graves. Il en résulte que l'emphysème vésiculaire n'est pas seulement une affection très incommode, mais qu'elle offre, dans certaines circonstances, un danger réel. Lorsque la dyspnée devient très intense, presque continue, qu'il survient des palpitations, et surtout de l'œdème aux extrémités, le cas est très grave.

§ VII. — Traitement.

Si je n'avais à indiquer que le traitement qui a été appliqué à cette affection depuis qu'on la connaît d'une manière précise, j'aurais peu de chose à dire, car les expériences thérapeutiques ont été très peu nombreuses; mais en recherchant avec soin dans les auteurs anciens les faits d'asthme que l'on peut rapporter avec certitude à l'existence d'un emphysème pulmonaire, il est possible de présenter un traitement plus riche et plus varié. Toutefois je dois faire remarquer que les remèdes administrés dans des cas d'emphysème parfaitement reconnu sont ceux qui doivent inspirer la plus grande confiance.

Antiphlogistiques. Dès la plus haute antiquité, on a opposé la saignée générale à la dyspnée violente qui survient dans les accès propres à cette affection.

Borsieri (1) conseille particulièrement la *saignée du bras*, surtout s'il y a pléthore, congestion de la face et suppression d'une hémorrhagie habituelle. Le même moyen a été recommandé par Laënnec, mais M. Louis ne lui a reconnu aucune efficacité notable dans les cas où il l'a mis en usage. D'après ce dernier, on voit, il est vrai, survenir souvent, après la saignée, un calme notable; mais c'est une amélioration qu'il faut attribuer au repos et aux boissons délayantes administrées aux malades à leur entrée à l'hôpital; et ce qui le prouve, c'est que plus tard et dans des circonstances plus favorables, la saignée n'a point d'effet marqué sur les principaux symptômes de l'emphysème. On a vu des sujets à qui on avait tiré vainement une grande quantité de sang être presque immédiatement soulagés après l'administration d'une dose médiocre d'opium. Cependant il peut se rencontrer des cas dans lesquels le catarrhe pulmonaire acquiert une telle intensité, qu'une saignée paraît devoir produire de très bons effets; mais dès que les symptômes inflammatoires se sont calmés, il faut abandonner ce moyen, qui serait plus nuisible qu'utile. Les *sangsues* ne doivent être mises en usage que chez les enfants. On n'a généralement point recommandé les *ventouses scarifiées*.

Révulsifs. Les médicaments de ce genre ont été employés assez fréquemment dans l'asthme; mais rien ne prouve qu'on en ait retiré de très bons effets; et d'ailleurs ils n'ont pas été mis en usage dans les cas d'emphysème bien reconnu : il serait donc inutile de les indiquer ici. Disons seulement qu'on regarde comme utiles les *ventouses sèches*, appliquées en nombre considérable sur les parois de la poitrine.

Expectorants. L'*ipécacuanha* et le *kermès* sont les principaux médicaments de ce genre qui aient été prescrits dans l'asthme. Suivant MM. Trousseau et Pidoux (2), l'expérience démontre que l'usage habituel des pastilles d'ipécacuanha rend la dyspnée moins intense, et procure un soulagement marqué; mais cette assertion,

(1) *Instit. med. pract.*, t. IV, p. 184; Lips., 1798.
(2) *Traité de thérap.*, 2e édit., t. I, p. 559.

n'étant fondée sur aucun fait précis, n'a qu'une médiocre valeur. Les mêmes auteurs affirment que l'ipécacuanha donné comme vomitif, à la dose de 1 à 2 grammes, fait quelquefois cesser immédiatement l'accès dans l'*asthme sec nerveux*. Ne sachant point ce que ces auteurs entendent par les mots d'*asthme sec nerveux*, et ne connaissant aucune observation qui prouve ce qu'ils avancent, je ne peux regarder cette proposition que comme une indication à vérifier. Toutefois il faut dire que M. le docteur Bodin (1) a cité deux cas dans lesquels des accès violents de dyspnée ont été notablement amendés par l'emploi de l'ipécacuanha, donné d'abord à dose vomitive, et ensuite à la dose de 0,10 grammes tous les matins, jusqu'à ce que l'amélioration fût sensible. Quant au *kermès minéral*, on sait que, pour produire les effets qu'on en attend, il doit être administré à petites doses, c'est-à-dire 5 à 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures ; mais les réflexions que j'ai faites à propos de l'ipécacuanha s'appliquent parfaitement au kermès minéral. J'en dirai autant de la *racine de polygala*, qui a été employée par plusieurs auteurs, et dans ces derniers temps par Laënnec, sans qu'aucune observation soit venue prouver la réalité de son efficacité. M. Louis, qui a employé cette substance sur la recommandation de Laënnec, n'a constaté, après son administration, aucune amélioration notable. Dans le cas où l'on veut employer les remèdes expectorants, on prescrit en même temps une tisane appropriée, celle de *lichen d'Islande*, par exemple.

Vomitifs. La plupart des auteurs ont cité les vomitifs comme ayant une grande efficacité dans le traitement de l'asthme ; mais cette assertion n'est point appuyée sur des observations rigoureuses. C'est plutôt une opinion qui s'est transmise par tradition, qu'un fait démontré par l'expérience. Je ne crois donc pas devoir insister sur cette médication, qu'il est d'ailleurs si facile de mettre en pratique. Rappelons toutefois que l'efficacité des vomitifs est incontestable contre la bronchite aiguë, qui rend si souvent l'emphysème si pénible, et constatons que, sous ce rapport, ils sont de la plus grande utilité dans la maladie qui nous occupe. Ordinairement on voit, du jour au lendemain, après l'administration de 2 grammes d'ipécacuanha, ou de 5 centigrammes de tartre stibié, la respiration devenir plus facile, et les râles de la bronchite diminuer très notablement. Quelquefois il est nécessaire de renouveler le vomitif deux ou trois jours consécutifs. Ensuite l'emphysème reste sans complication, et les moyens suivants deviennent les plus utiles.

Narcotiques. C'est la médication narcotique qui a eu le plus de succès depuis que l'emphysème pulmonaire est bien connu ; c'est aussi celle qui mérite le plus notre attention. L'*opium* a été administré avec succès par Laënnec et par M. Louis. Vingt-six fois sur trente, ce dernier observateur en a retiré de bons effets. Il suffit de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux tous les jours, dans les cas ordinaires, pour produire un effet marqué. Cette dose doit être graduellement augmentée lorsque la dyspnée est très intense et très rebelle.

Le *datura*, employé depuis longtemps dans l'Inde, l'a été plus tard en Angleterre ; c'est, il est vrai, contre l'*asthme essentiel* qu'on l'a dirigé ; mais en examinant les observations, et entre autres celles de M. Gooch (2), on voit bientôt que ce prétendu asthme essentiel a la même marche et les mêmes symptômes que l'emphysème pulmonaire. On fait fumer, dans une pipe, la plante desséchée. C'est

(1) *Gazette médicale* ; Paris, 1831.
(2) *Annal. de litt. méd. étrang.*, t. XV, p. 15 ; 1812.

ordinairement le *datura fastuosa* que l'on emploie ; mais, d'après les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, les autres espèces de datura ne sont pas moins utiles.

Suivant M. Sills (1), *la racine et la partie inférieure de la tige paraissent posséder seules les vertus antiasthmatiques :* il faut les couper en petits morceaux et les fumer dans une pipe à tabac ordinaire ; la fumée et la salive doivent être avalées. Dans quelques minutes, selon M. Sills, il survient un soulagement marqué, le malade tombe dans un sommeil profond, et, quand il se réveille, il se trouve parfaitement rétabli. M. Sills, qui était attaqué depuis fort longtemps d'un asthme intense, a toujours éprouvé les bons effets que nous venons d'indiquer. Quant à la dose, elle est d'un quart de pipe à une pipe entière, et elle peut être portée, par l'habitude, beaucoup plus haut, puisque M. Sills a pu en fumer une douzaine de pipes sans éprouver autre chose qu'une sensation douloureuse dans la langue. C'est aussi la racine qu'employait M. Christie (2), qui avait apporté de Ceylan cette méthode de traiter l'asthme. Voici, selon lui, comment il faut agir :

TRAITEMENT DU DOCTEUR THOMAS CHRISTIE.

On dessèche à l'ombre les racines de datura ; on les bat de manière à diviser les fibres ; on les coupe en petits morceaux, et l'on en remplit le fourneau d'une pipe ordinaire, comme avec du tabac coupé. Si l'on a quelque raison de redouter un accès, on fume le soir, en se couchant, une ou deux pipes, en attirant autant que possible la fumée dans la poitrine, où elle occasionne un certain degré de chaleur suivi d'expectoration. Il survient un peu de vertige, puis le malade tombe dans un sommeil profond, pour se réveiller parfaitement bien portant. Quelquefois il y a un abattement passager et de légères nausées ; mais ces accidents se dissipent bientôt sans laisser de traces.

M. Gooch a cité quatre observations dans lesquelles ce médicament, employé de cette manière, a produit des effets marqués sur les accès de dyspnée. En France, on a voulu imiter cette médication ; mais ce sont les feuilles de datura qu'on a employées. Sans doute il est démontré que toutes les parties de la plante ont la même vertu narcotique ; toutefois il faut tenir compte de l'observation des médecins anglais, qui dans des expériences comparatives, ont trouvé que la racine et la partie inférieure de la tige avaient une propriété plus sédative que les feuilles.

Le datura peut être encore administré sous forme d'extrait et en pilules. M. Louis a remarqué, et c'est un fait que j'ai eu occasion de vérifier maintes fois, que, dans des cas où l'opium ne diminuait pas sensiblement la dyspnée, une dose moitié moindre d'extrait de *datura stramonium* avait des effets très sensibles. On peut commencer par la dose de 2 ou 3 centigrammes d'extrait de datura, que l'on augmente ensuite graduellement, s'il est nécessaire. Enfin, on a employé la même substance sous forme de fumigations. Ces fumigations doivent être pratiquées comme dans la *laryngite* (*voy.* p. 125).

D'autres narcotiques, tels que la *belladone*, et même le *tabac* mêlé au datura, peuvent être mis en usage de la même manière.

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. VIII, p. 364 ; 1812.
(2) *Ibid.*, t. VII, p. 158 ; 1811.

M. le docteur Magistel (1) a rapporté cinq cas qu'il désigne sous le nom d'*asthme sec*, et dans lesquels les fumigations faites avec les feuilles de belladone ont produit une amélioration notable, tandis qu'un grand nombre d'autres moyens avaient été vainement employés. Voici comment il administre ces fumigations :

Fumigations de belladone.

℞ Feuilles de belladone.................. 8 gram.

Faites-les bouillir dans :

Eau commune...................... 500 gram.

Faites trois fumigations de dix minutes chacune, chaque jour.

Au bout de quelques jours, augmentez la dose de belladone jusqu'à 10 et 15 grammes, et portez à vingt minutes la durée des fumigations.

Pour les enfants, commencez par 4 grammes seulement, et n'élevez la dose que jusqu'à 10 grammes.

L'appareil le plus simple peut servir à ces fumigations ; il suffit d'avoir un vase à une ou deux tubulures, ou simplement un entonnoir à large bout, qui permette de diriger la vapeur vers la bouche des malades.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques ont dû être nécessairement employés dans une affection que l'on a regardée comme essentiellement nerveuse, et qui présente un caractère spasmodique si marqué. L'*éther* a été presque généralement prescrit, surtout pour combattre les accès de dyspnée ; mais nous n'avons aucune donnée précise sur la valeur de ce moyen, les cas dans lesquels il a été mis en usage, quoique très nombreux, n'ayant pas été publiés. Si l'on voulait avoir recours à ce médicament, on emploierait la formule suivante :

Potion antispasmodique.

℞ Sirop de guimauve..........	35 gram.	Eau distillée de fleurs d'oranger.	80 gram.
Eau distillée de fleurs de tilleul	80 gram.	Éther sulfurique...........	3 gram.

Mêlez dans une fiole exactement bouchée. A prendre par petites cuillerées, toutes les demi-heures.

L'*assa fœtida* a été également recommandée contre cette affection; mais il est difficile de vaincre la répugnance que les malades éprouvent pour ce médicament, dont l'administration peut se faire de la manière suivante :

℞ Assa fœtida...........	ãã 5 gram.	Sirop de gomme.............	Q. s.
Valériane en poudre....			

F. s. a. 50 pilules dont on prendra 5 ou 6 par jour.

Administrée de cette manière, cette substance n'inspire pas de dégoût; mais les rapports qu'elle occasionne souvent ensuite sont extrêmement désagréables pour beaucoup de malades.

On peut joindre à l'emploi de ces pilules le *lavement* recommandé par Millar (*voy.* p. 156).

Au lieu de l'assa fœtida, on pourrait employer de la même manière la *gomme ammoniaque* et le *galbanum;* l'action de ces substances est moins marquée.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 49.

Dans la précédente formule, on a fait entrer l'extrait de *valériane*; quelquefois ce médicament a été employé seul ou uni à d'autres antispasmodiques, tels que le *camphre*, le *musc* et le *castoréum*. La mixture antispasmodique de Sydenham réunit trois des substances qui viennent d'être désignées. La voici :

Mixture antispasmodique de Sydenham.

℞ Teinture de valériane......	2 gram.	Éther sulfurique.......	0,40 gram.
— de castoréum......	4 gram.	Eau d'Anet............	80 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

C'est comme antispasmodique que Ludwig administrait la potion suivante :

℞ Extrait de chardon-bénit.....	10 gram.	Terre foliée de tartre en solution..................	25 à 50 gram.
		Eau de mélisse..............	45 gram.

Faites digérer à une douce chaleur. A prendre par cuillerées toutes les deux ou trois heures.

L'*oxyde de zinc* a été également mis en usage dans les cas où l'on a supposé l'existence de l'asthme essentiel; mais le plus souvent on l'a employé en même temps que l'opium et d'autres substances narcotiques, en sorte que l'on s'est mis dans l'impossibilité d'en apprécier rigoureusement l'efficacité. Voici la manière la plus simple de l'administrer :

℞ Fleurs de zinc..........	2 gram.	Sucre.................	10 gram.

Partagez en 20 paquets, dont on prendra un matin et soir.

Il serait facile de multiplier ces formules, mais le praticien trouvera sans peine à les varier, et par conséquent je dois m'abstenir d'en présenter un plus grand nombre, d'autant plus que le degré d'efficacité de tous ces moyens est encore très peu connu, et que nous ne pouvons, à ce sujet, nous livrer qu'à de simples conjectures.

Stimulants. Les substances légèrement stimulantes, et en particulier les substances balsamiques, telles que le *baume de Tolu, du Pérou*, ont été mis en usage dans cette maladie, sans doute dans le but de favoriser l'expectoration, surtout dans des cas qui paraissent être ce que les anciens ont désigné sous le nom d'*asthme catarrhal*. Je me bornerai, à ce sujet, à citer la potion de Mongenot, qui renferme un assez grand nombre de ces substances.

Potion de Mongenot.

℞ Thé hyswin............	āā 10 gram.	Iris de Florence........	2,50 gram.
Lierre terrestre.........	āā 10 gram.	Eau bouillante.........	225 gram.
Fleurs de bouillon-blanc...	5 gram.		

Faites infuser, passez et ajoutez :

Sirop de baume de Tolu.....	15 gram.	Rhum.................	35 gram.
— d'érysimum..	35 gram.	Teinture de cannelle.......	1 gram.

C'est afin de produire le même effet, que l'on a prescrit la potion stimulante suivante :

℞ Carbonate d'ammoniaque. 5 gram.	Sirop diacode............ 70 gram.
Eau de rue............. 300 gram.	

A prendre par cuillerées à bouche, toutes les dix minutes.

Médicaments divers. Restent maintenant quelques médicaments particuliers, sur lesquels il faut dire un mot; ce sont : l'*arsenic*, le *chlore*, la *lobelia inflata*, les *bains sulfureux*, l'*ammoniaque liquide* et la *noix vomique*.

L'*arsenic*, qui a été administré dans les maladies de poitrine à une époque fort reculée, a été de nouveau expérimenté dans ces derniers temps par MM. Trousseau et Pidoux. Voici comment ces auteurs prescrivent l'emploi de ce médicament :

Cigarettes arsenicales.

℞ Arséniate de soude. ... 2 à 4 gram.	Eau distillée............ 20 gram.

Un morceau de papier d'une grandeur déterminée est imbibé dans cette solution, et plié en forme de cigarette. De cette manière, chaque cigarette contient un poids déterminé d'arséniate de soude : ordinairement 5 centigrammes. Les malades, après avoir allumé la cigarette, en attirent la fumée dans la bouche, puis, par une lente aspiration, la font passer dans les bronches. On aspire d'abord deux ou trois gorgées deux ou trois fois par jour, et, à mesure qu'on s'y habitue, on augmente le nombre des inspirations. Quand il y a beaucoup d'oppression, on peut rouler dans le papier des feuilles de datura stramonium.

Il faudrait, pour recommander un moyen semblable, qu'on eût des preuves bien réelles de son efficacité; or, malgré l'affirmation de MM. Trousseau et Pidoux, c'est ce qui nous manque entièrement. Et d'abord il est remarquable que ces deux auteurs, après avoir indiqué qu'ils allaient s'occuper de l'effet de l'arsenic dans l'asthme, aient complétement négligé cette maladie dans leur article. En second lieu, et c'est là une réflexion qui s'applique également au plus grand nombre des médications indiquées plus haut, n'a-t-on pas pris pour un soulagement produit par le médicament, les intervalles de bien-être qui existent, dans cette maladie, entre les accès? Et, à ce propos, j'ajouterai que l'augmentation de l'expectoration par les divers moyens employés peut également être plutôt apparente que réelle. On a vu, en effet, que des catarrhes pulmonaires aigus se produisaient fréquemment chez des sujets emphysémateux; or ces catarrhes, secs d'abord, se terminent naturellement par une expectoration plus abondante. On devrait, avant de donner les résultats thérapeutiques, avoir grand soin d'étudier la marche de la maladie, et de rechercher si les modifications survenues dans les symptômes lui appartiennent, ou sont véritablement dues à l'action des remèdes. Aujourd'hui que l'emphysème pulmonaire est si bien connu, les médicaments que nous avons proposés pourront être expérimentés avec beaucoup plus de fruit.

Le *chlore* en fumigations a été employé dans l'asthme comme dans la plupart des autres affections chroniques de poitrine; mais les résultats que l'on en a obtenus sont trop peu satisfaisants pour que je les indique ici.

Quant à la *lobelia inflata*, ce médicament a été moins fréquemment administré. Le docteur Elliotson le regarde néanmoins comme un spécifique dans cette maladie.

Voici de quelle manière il est employé à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres (*The Lancet*, févr. 1833) :

♃ Teinture de lobelia inflata. 20 à 30 gouttes. | Eau distillée................ 5 gram.

A prendre deux ou trois fois par jour.

Suivant M. Stricht, qui a rapporté des observations dans lesquelles ce médicament a été mis en usage, l'amélioration a été rapide, et les accès ont disparu au bout de trois jours.

Enfin on a prescrit les *eaux sulfureuses*, dont les effets passent généralement pour être très utiles dans cette affection, comme dans toutes les maladies chroniques des voies aériennes.

M. le docteur Courtin (1) a cité des observations en faveur des *bains sulfureux* dans cette maladie, à laquelle il donne le nom d'*asthme*. Cette pratique, déjà ancienne, est adoptée par M. Beau, dans le service duquel les faits ont été recueillis. Il résulte de ce travail que les bains sulfureux répétés apportent du soulagement aux malades, et doivent par conséquent être ajoutés aux médicaments actifs indiqués plus haut. Toutefois les expériences ont besoin d'être multipliées.

Ammoniaque. On sait que la cautérisation du pharynx à l'aide de l'*ammoniaque liquide* a été donnée comme un moyen héroïque par un médecin qui en avait fait une sorte de spécialité. Il est certain que, dans quelques cas, ce moyen procure un certain soulagement. M. Rayer a fait, à ce sujet, quelques expériences qui le prouvent. Mais il ne faut pas lui demander la guérison radicale, et surtout l'appliquer, comme on l'a fait, à toutes les espèces de gêne de la respiration.

Il faut surtout avoir soin d'*affaiblir l'ammoniaque par l'addition de deux tiers ou au moins de moitié d'eau*. On produirait autrement une inflammation assez vive. Le pinceau dont on se sert pour la cautérisation doit être très fin. Je me sers ordinairement d'un pinceau à aquarelle.

M. Rayer a prescrit la potion suivante :

♃ Ammoniaque liquide. 8 gouttes. | Eau................ 120 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Il y eut un prompt soulagement. Le septième jour, il survint des maux de cœur et des battements dans la poitrine qui firent suspendre le médicament. Mais le mieux persista. C'est donc un moyen qu'on peut employer en le surveillant.

Noix vomique. M. le docteur Saiz Cortès (2) a obtenu, dans un cas, une amélioration notable en prescrivant les pilules suivantes :

♃ Extrait alcoolique de noix vomiq. 6 gram. | Poudre de racine de guimauve.... Q. s.

Pour 54 pilules. A prendre une le premier jour, trois le deuxième et le troisième, quatre le quatrième et suivants.

Ce traitement fut continué pendant vingt-sept jours, et l'on se demande si pendant un aussi grand espace de temps les symptômes ne se seraient pas modifiés d'eux-mêmes.

Pour calmer les douleurs de poitrine, ou même uniquement dans le but de soustraire les parois thoraciques aux variations de la température, on applique sur la partie antérieure du thorax des emplâtres de *diachylum* ou de *poix de Bourgogne*

(1) *Gazette médicale* ; Paris, 25 décembre 1847.
(2) *El telegrafo medico*, avril 1849.

d'une dimension plus ou moins considérable. F. Hoffmann (1) recommandait le liniment suivant, auquel il attribuait une très grande efficacité :

Liniment nervin d'Hoffmann.

℞ Eau distillée de tilleul..	30 gram.	Essence de safran....	ââ 8 gram.
Carbonate d'ammoniaq	ââ 8 gram.	— de castoréum.	
Lombrics terrestres...		Macis...............	5 gram.

Faites des onctions sur le cou, les épaules, l'épine dorsale et les parois thoraciques.

Telles sont les médications compliquées que l'on peut mettre en usage dans l'emphysème pulmonaire ; mais, il faut le répéter encore, c'est dans la médication narcotique que le médecin trouvera les ressources les plus précieuses. Que l'on ne croie pas néanmoins qu'il soit facile de parvenir à guérir cette affection. On a vu quelquefois un ou deux accès survenir et ne plus reparaître pendant plusieurs années; mais ces cas sont entièrement exceptionnels. Tout ce que le médecin peut espérer, c'est de rendre la dyspnée moins intense, d'éloigner les accès, de diminuer leur violence, et d'en abréger la durée. Trop souvent, lorsque la maladie est à son plus haut degré, les médicaments les plus efficaces ne produisent plus d'effet, même à une dose très élevée. J'ai, à la Salpêtrière, porté l'opium et le datura stramonium à la dose de 30 à 40 centigrammes, sans que leur action se manifestât sur la respiration, dont la difficulté était extrême.

Le traitement de l'emphysème pulmonaire est donc un traitement purement palliatif, lorsque la maladie a une certaine intensité, c'est-à-dire lorsque les malades réclament les secours de la médecine. Je n'ajouterai qu'un mot relativement à l'influence du climat. D'après M. Dutroulau, médecin distingué de la marine, elle se fait notablement sentir dans l'emphysème. Ainsi, aux Antilles, cette maladie est rare, et les sujets qui l'ont contractée dans d'autres climats y éprouvent à peine quelques légers accès, tandis qu'en Europe ils étaient fréquemment torturés par une dyspnée des plus intenses. C'est ce que le médecin que je viens de citer a éprouvé lui-même. L'habitation dans un climat d'une température douce doit donc être conseillée toutes les fois qu'elle est possible.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

1° Les malades auront le corps couvert de flanelle. Ils éviteront avec soin toutes les variations de température qui pourraient produire une bronchite et donner une grande intensité à la dyspnée.

2° Ils éviteront les grands efforts de voix et l'inspiration de poudres irritantes.

3° Ils suivront un régime doux, léger, s'abstenant en général de vin pur et de liqueurs fortes. Galien recommandait l'usage du vin en assez grande abondance; mais il n'a point fourni de faits à l'appui de cette recommandation. Enfin les excès de tout genre seront soigneusement évités.

Résumé ; ordonnances. Je ne présenterai pas beaucoup d'ordonnances, attendu qu'il est extrêmement facile, avec les moyens que j'ai indiqués plus haut, d'en

(1) *Opera omn. medica*, t. III, p. 94, sect. II, cap. 11 ; Genev., 1798.

formuler un certain nombre. Je me borne à indiquer ici les médications qui ont pour elles une expérimentation suffisante.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS D'EMPHYSÈME AVEC BRONCHITE AIGUË VIOLENTE.

1° Pour tisane :

Infusion de fleurs pectorales édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Une saignée de 3 à 400 grammes.

Chez les enfants, quelques sangsues sur les parois thoraciques.

3° Tous les jours une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ou d'extrait de datura stramonium.

4° Pendant les accès : pédiluve ou manuluve sinapisé.

5° Régime doux et léger. Se couvrir le corps de flanelle.

Je dois répéter ici qu'il ne faut employer la saignée que dans le cas fort rare où l'inflammation de la muqueuse bronchique est très considérable.

IIe Ordonnance.

1° Pour tisane :

Légère infusion de tilleul, édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Fumer dans une pipe ordinaire la racine desséchée de datura stramonium (*voy.* p. 392).

3° Appliquer sur la partie antérieure de la poitrine un emplâtre de diachylum ou de poix de Bourgogne ;

Ou bien faire usage du liniment d'Hoffmann (*voy.* p. 396).

4° Mêmes précautions et même régime que dans l'ordonnance précédente.

La belladone et la jusquiame, employés par quelques observateurs, ont produit des effets analogues à ceux du datura stramonium ; mais les exemples ne sont ni aussi nombreux ni aussi concluants.

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT ANTISPASMODIQUE.

1° Même tisane que dans l'ordonnance précédente.

2° A prendre, par cuillerées, une potion éthérée (*voy.* p. 393).

Ou bien prendre la poudre de fleurs de zinc (*voy.* p. 394).

3° Tous les soirs, le lavement antispasmodique de Millar (*voy.* p. 156).

4° S'abstenir de toute substance irritante, de vin pur et de liqueurs fortes.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antiphlogistiques ; dans des cas exceptionnels, révulsifs ; expectorants, narcotiques, antispasmodiques, stimulants, arsenic, chlore, lobelia inflata, eaux sulfureuses, bains sulfureux, ammoniaque liquide, noix vomique, applications externes.

ARTICLE VIII.

EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE.

L'emphysème interlobulaire ou extra-vésiculaire des poumons est beaucoup moins bien connu que l'emphysème vésiculaire. C'est, sans aucun doute, dans sa rareté et dans la très grande variété des phénomènes auxquels il donne lieu qu'il faut voir la cause de l'obscurité qui règne sur son histoire.

Suivant R. Prus, cette espèce est la plus fréquente et la plus importante; mais quelques mots d'explication sont nécessaires à cet égard. Cet auteur regarde comme des cas d'emphysème extra-vésiculaire ceux où l'on trouve de longues saillies, de vastes poches pleines d'air, parce qu'alors les vésicules ont été déchirées et l'air a pénétré dans le tissu qui les environne. Mais peut-on adopter cette manière de voir? C'est ce qu'il s'agit d'examiner. Dans les cas observés par R. Prus, l'emphysème durait ordinairement depuis longtemps et était porté au plus haut degré. Sans doute alors plusieurs vésicules peuvent se réunir en une cule, et se rompre, par conséquent, de manière à communiquer entre elles; mais cette rupture n'est pas primitive; elle a été précédée de la simple dilatation dont elle n'est qu'un effet. Au contraire, le véritable emphysème interlobulaire est celui qui, survenu brusquement par la rupture d'une ou de plusieurs vésicules, fait pénétrer l'air dans le tissu cellulaire qui unit les lobules des poumons : or, d'après les symptômes de la maladie, d'après les recherches d'anatomie pathologique, on ne saurait admettre que l'emphysème décrit dans le précédent article se produit de cette manière. Cette seule considération suffit pour confirmer l'opinion générale en opposition à celle de R. Prus.

D'après ce que je viens de dire, cette histoire de l'emphysème interlobulaire ne peut résulter que d'un nombre limité de faits; elle n'a qu'un intérêt pratique médiocre, et, par conséquent, je dois me borner à en tracer rapidement les principaux traits.

Causes. La *cause* déterminante assignée par Laënnec à l'emphysème interlobulaire des poumons est un violent effort de respiration qui, accumulant l'air dans une cellule bronchique, en occasionne la rupture, et par suite l'extravasation du gaz dans le tissu cellulaire intervésiculaire. On a cité quelques cas dans lesquels les choses paraissent s'être passées ainsi. Les deux suivants m'ont paru intéressants. L'un est rapporté par le docteur W. Dumbreck (1) : on y voit un emphysème succédant à des efforts considérables de toux, commencer par le poumon et envahir ensuite le médiastin antérieur. L'autre, recueilli par M. F.-G. Hicks (2), est relatif à un enfant de dix mois qui, dans des efforts de toux ressemblant à ceux de la coqueluche, fut saisi d'oppression et de suffocation, et présenta enfin les signes d'un emphysème général.

Est-ce à une rupture semblable des vésicules qu'il faut rapporter le cas cité par Stoll (3) ? Je ne le pense pas, quoique cet auteur parle de vésicules aériennes à

(1) *Trans. of the med. chirurg. Soc. of Edinb.*, vol. III, part. II, p. 559; 1829.
(2) *Lond. med. Gaz.*, p. 119; 1837.
(3) *Ratio med.*, part. VII, p. 135; Vien. Aust.; 1790.

la surface du poumon. Il est plus probable, d'après les symptômes de la maladie, qu'il s'agissait tout simplement d'un emphysème vésiculaire, avec développement d'appendices considérables.

Chez quelques sujets morts subitement, on a trouvé le poumon volumineux, ne s'affaissant pas, et donnant lieu à une crépitation sèche, semblable à celle qu'on observe dans l'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané. Une observation de M. Ollivier d'Angers (1) nous en offre un exemple remarquable. La mort survint subitement, après un accès de colère, et l'on ne trouva, pour expliquer cet accident, que la lésion du poumon qui vient d'être indiquée. Le docteur Hunt (2) rapporte trois cas où la mort eut lieu de la même manière dans de violents efforts de toux. M. Depaul (3) a rassemblé plusieurs faits du même genre, mais dont la cause était les violents efforts de l'accouchement. Dans les cas de ce genre, y a-t-il eu rupture des vésicules ? C'est ce que la dissection n'a nullement constaté, et, par conséquent, avant que de nouvelles recherches soient venues nous éclairer, il est impossible de dire s'il existait autre chose qu'une simple distension de ces vésicules.

Enfin M. Piédagnel (4) a décrit une espèce d'emphysème pulmonaire dans lequel la rupture des vésicules bronchiques existe encore, et qui est produit, soit par la violence de l'inspiration dans des maladies très variées, soit par l'introduction de l'air dans les vaisseaux pulmonaires. Les caractères anatomiques qu'il donne à cet emphysème sont les mêmes que ceux qui sont indiqués dans l'observation de M. Ollivier.

Dans tous les cas, l'emphysème extra-vésiculaire serait, suivant ces auteurs, produit de la même manière qu'il l'a été dans les expériences faites par M. Leroy d'Étiolles, sur les effets de l'introduction de l'air dans les veines (5), et sur l'asphyxie produite par insufflation (6). En pratiquant ces expériences sur divers animaux, M. Leroy d'Étiolles a produit une mort prompte avec suffocation, et a trouvé, après la mort, la crépitation indiquée par M. Piédagnel.

Mais, je le répète, rien ne prouve que dans ces derniers cas, les vésicules bronchiques aient été réellement rompues. On ne peut avoir de certitude sur ce point que pour les cas où il y a eu passage de l'air dans le tissu cellulaire général. Il résulte d'ailleurs des expériences faites par M. Depaul, sur l'insufflation, que la rupture des vésicules est extrêmement difficile, contrairement à l'opinion de M. Leroy d'Étiolles.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir toutes les incertitudes qui règnent sur cette production de l'emphysème, et en particulier sur l'existence de la dernière forme dont je viens de parler. J'ai vu souvent des poumons d'enfant nouveau-né gonflés par l'air, et offrant une crépitation sèche des plus considérables ; mais la régularité parfaite qui existait dans toutes les vésicules exactement arrondies, l'absence de toute trace de rupture, de toute cavité irrégulière et plus grande que les cellules environnantes, prouvaient, ce me semble, jusqu'à l'évidence, que les vésicules avaient été fortement distendues dans les derniers moments de l'existence, mais

(1) *Arch. gén. de méd.*, 2[e] série, t. I, p. 229.
(2) *Prov. med. and surg. Journ.*; 1842.
(3) *Gaz. med.*, octobre 1842.
(4) *Mém. sur l'état sain et l'emph. du poum.*, lu à l'Acad. de méd., séance du 10 fév. 1829.
(5) *Arch. de méd.*, t. III, p. 410.—*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1838, t. II, pag. 131 et suiv.
(6) *Mém. lu à l'Acad. des sciences*, séance du 11 septembre 1826.

nullement qu'il y avait eu une lésion notable des poumons. J'ai depuis observé des cas semblables chez les adultes, et je n'ai pas cru devoir, ainsi que la plupart des observateurs, les regarder comme une lésion réelle.

Enfin, Laënnec a admis comme cause possible une exhalation spontanée de gaz dans le tissu cellulaire qui constitue les cloisons des lobules ; mais c'est là une pure hypothèse, sur laquelle nous ne devons pas nous arrêter.

M. le docteur Cazalas (1) a vu dans un cas de dyssenterie un emphysème interlobulaire s'étendre à une grande partie du corps. Comment cet emphysème s'était-il produit ? Ce cas vient-il à l'appui de l'opinion de Laënnec ? C'est un point sur lequel il n'est pas permis de se prononcer.

Symptômes. Les symptômes de l'emphysème extra-vésiculaire varient beaucoup, suivant les cas ; et comme le nombre des observations bien faites est rare et peu considérable, il en résulte que nous n'avons que des notions peu étendues sur la symptomatologie de cette espèce d'emphysème. Dans les cas où l'on a pu attribuer à une *violente émotion morale*, ou à *un effort* très considérable de la respiration la production de la maladie, la mort ayant été subite ou extrêmement rapide, on n'a pas pu étudier les symptômes. Lorsque, au contraire, l'emphysème pulmonaire s'est développé peu à peu, soit parce que la rupture des vésicules était peu considérable, soit parce que les efforts de la respiration et les quintes de toux qui en étaient la cause avaient eu peu d'intensité, on a pu quelquefois constater un petit nombre de symptômes particuliers que je vais énumérer.

La *respiration* a été, dans ces cas, toujours plus ou moins gênée ; mais les auteurs n'ont point constaté ces accès de dyspnée qui sont si remarquables dans l'emphysème pulmonaire par dilatation des vésicules. Dans un cas, Laënnec nota un *râle trachéal* très prononcé ; mais le caractère particulier qu'il assigne à cette affection est un *rhonchus crépitant* sec, à grosses bulles, accompagné d'un *bruit de frottement* bien marqué ; or, suivant MM. Reynaud et Mériadec Laënnec, ce dernier signe appartiendrait, non à l'emphysème extra-vésiculaire, mais à une pleurésie sèche concomitante.

Quant au râle crépitant sec, doit-on lui accorder plus de valeur dans cet emphysème, que dans la dilatation des vésicules bronchiques ? C'est ce qu'il n'est pas permis de déterminer dans l'état actuel de la science, les observations nous manquant complétement. La *conformation de la poitrine* n'a pas été suffisamment étudiée. Il en est de même de la *percussion*. Enfin, la *toux* a été signalée dans la plupart des cas, mais on n'a pas donné exactement ses caractères, pas plus que ceux de l'*expectoration*.

On voit combien la science est peu avancée relativement à cette maladie. D'après les signes que je viens d'indiquer, on aurait, en effet, beaucoup de peine, dans un cas donné, à diagnostiquer l'emphysème extra-vésiculaire. Mais il est un autre phénomène dont je n'ai encore rien dit, qui, lorsqu'il se manifeste, annonce la rupture de quelques vésicules pulmonaires : c'est l'*emphysème sous-cutané*, qui a été constaté dans un certain nombre d'observations, et notamment dans celles de M. Jahn (2) et de MM. Hicks et W. Dumbreck. Dans ces cas, on voit, à la suite

(1) *Mém. de la Soc. méd. d'émul. de Lyon* ; 1842.
(2) *Magas. für die gesam. Heilk*, 1828, et *Arch. gén. de méd.*, t. XX, 1re série, p. 104.

de grands efforts de toux ou de grandes inspirations, survenir, avec une dyspnée plus ou moins intense, un gonflement qui, commençant ordinairement à la partie antérieure et inférieure du cou, envahit bientôt toute la périphérie du corps; mais on se demande alors s'il y a un véritable emphysème du tissu cellulaire des poumons, ou s'il existe simplement une rupture de quelques vésicules superficielles et de la plèvre, avec passage de l'air dans les médiastins, et de là dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il paraît, quoique les descriptions que nous ont laissées les auteurs ne soient pas très satisfaisantes, que, dans certains cas, ces deux lésions existent ensemble.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les symptômes si peu connus de cette maladie obscure.

Marche, durée, terminaison. Il est également très difficile de se prononcer sur la *marche*, la *durée* et la *terminaison* de la maladie. Nous avons vu que l'on avait attribué des morts subites à l'emphysème extra-vésiculaire ; mais l'existence de la lésion n'a pas été mise hors de doute. Dans les cas signalés par MM. Hicks et Dunbreck, la terminaison a été fatale; dans plusieurs autres, au contraire, l'air épanché s'est promptement résorbé, ou s'est échappé par des mouchetures pratiquées par le médecin. Tels sont les renseignements peu précis que la science nous fournit sur ce point.

Lésions anatomiques. Quant aux *lésions anatomiques*, elles consistent principalement dans une accumulation d'air entre les lobules et sous la plèvre, où ce fluide forme des ampoules plus ou moins volumineuses, que l'on peut faire cheminer avec le doigt. M. Bouillaud (1) a vu une poche de ce genre tellement grosse, qu'elle ressemblait à un estomac. Quelquefois on trouve les deux médiastins fortement distendus par de l'air non altéré.

Il faut se garder de prendre pour un emphysème véritable le développement de gaz qui peut avoir lieu après la mort, par suite de la putréfaction. L'état du poumon, ainsi que des autres organes, et l'étendue considérable occupée par l'air extravasé, feront reconnaître l'erreur.

Diagnostic, pronostic. Il serait complétement inutile d'insister longuement sur le *diagnostic* et le *pronostic* de l'emphysème extra-vésiculaire. Avec les faits insuffisants que nous possédons, je courrais risque de n'émettre que des propositions contestables. Le *diagnostic* ne peut présenter quelque certitude que lorsque, après un effort très considérable, on voit survenir d'abord une gêne notable de la respiration, puis un son clair dans un lieu limité de la poitrine, et enfin le développement d'un emphysème sous-cutané. C'est à l'observation ultérieure à fixer définitivement la valeur propre à chacun de ces signes.

Traitement. Le *traitement* de l'emphysème extra-vésiculaire doit nécessairement se ressentir de l'insuffisance des faits. Aussi n'avons-nous à ce sujet que des données très peu nombreuses et très vagues. Dans les cas cités par Laënnec, l'emphysème a eu une issue favorable, et cependant on n'employa que des moyens bien simples. L'analogie nous porte à penser que, dans un cas bien déterminé, on pourrait avoir recours avec espoir de succès aux *narcotiques* à doses plus ou moins élevées. Quant à l'emploi de quelques autres médicaments, le médecin seul sera juge de leur

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. EMPHYSÈME.

opportunité, et il me suffit de renvoyer le lecteur au traitement de l'emphysème vésiculaire. J'ajouterai seulement que, lorsqu'il y a extension de l'emphysème au tissu cellulaire sous-cutané, et que la tension de la peau est très considérable, quelques piqûres avec un trois-quarts, comme l'a fait le docteur James, suffisent pour évacuer le fluide gazeux.

Les auteurs qui regardent l'emphysème interlobulaire comme fréquemment mortel ont peu de confiance dans cette médication si simple, mais nous avons vu qu'il y avait confusion dans les termes ; que, pour les uns, l'emphysème interlobulaire n'était autre chose que l'emphysème vésiculaire avec rupture de quelques vésicules et formation de poches plus ou moins vastes, et que, pour les autres, la même maladie consistait dans cet état de distension forcée des vésicules pulmonaires qui survient peu de temps avant la mort dans des affections diverses. C'est cette confusion des termes qui a fait porter, sur la gravité de la maladie, des jugements si différents. Au reste, je n'ai pas cherché à dissimuler que presque tout était encore à faire sur cette affection heureusement rare, et je n'ai point voulu, par conséquent, donner aux propositions qui se trouvent dans cet article une valeur plus grande qu'elles ne le méritent. Prémunir le praticien contre la surprise que pourrait lui occasionner un événement du genre de ceux que j'ai mentionnés, et lui en faire connaître les principaux phénomènes, voilà l'unique but que je me suis proposé.

CHAPITRE V.

MALADIES DU PARENCHYME PULMONAIRE.

Bien qu'il n'y ait point de séparation marquée entre la membrane muqueuse des bronches et les autres parties de l'organe respiratoire, j'ai cru devoir décrire séparément leurs maladies, parce que, sous le rapport de leurs symptômes propres, de leur gravité et de leur marche, elles offrent des différences essentielles ; cependant je dois faire remarquer ici que souvent ces maladies existent concurremment, et qu'elles ont entre elles des rapports intimes. Ainsi la pneumonie peut se développer dans le cours de la bronchite, et donner lieu à la pneumonie dite catarrhale, etc. Mais j'ai pensé qu'il suffisait d'indiquer ces rapports, sans réunir des affections qui ne se touchent que par un point. C'est pourquoi je n'ai pas hésité à adopter cette division, qui, du reste, est généralement admise.

Dans ce chapitre, je vais étudier successivement, et en suivant un ordre analogue à celui que j'ai déjà suivi pour les autres parties des voies respiratoires : 1° l'apoplexie pulmonaire, qui est l'hémorrhagie du parenchyme du poumon ; 2° la pneumonie aiguë et chronique ; 3° la gangrène du poumon, qui offre des symptômes tout à fait particuliers ; 4° la mélanose et le cancer du poumon ; 5° la phthisie pulmonaire.

Telles sont les affections du parenchyme du poumon qui intéressent réellement le praticien ; quant à certains états morbides, tels que la *cirrhose*, les *hydatides*, etc., et à quelques autres affections telles que les *névralgies du poumon*, elles se présentent trop rarement, sont trop peu connues et trop inaccessibles à tout moyen de traitement, pour qu'elles méritent autre chose qu'une simple mention.

ARTICLE I.

APOPLEXIE PULMONAIRE.

Cette maladie était presque entièrement inconnue avant les recherches de Laënnec. On trouve, il est vrai, dans les auteurs, un certain nombre de faits qu'on peut lui rapporter, aujourd'hui que les observations modernes nous ont appris à en apprécier les symptômes et les lésions ; mais ces faits isolés ne pouvaient être d'un grand secours pour l'étude de cette grave affection. L'article que Laënnec lui a consacré a donc une haute importance. Après lui, et lorsque l'attention des observateurs a été fixée sur ce sujet, les faits se sont multipliés de telle sorte, que nous possédons un assez grand nombre de documents pour tracer l'histoire de la maladie.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On éprouve une certaine difficulté quand il s'agit de *définir* l'apoplexie pulmonaire. On signale, en effet, comme lésion principale, tantôt une violente congestion du poumon, tantôt la distension des vésicules pulmonaires par une masse plus ou moins considérable de sang, et tantôt une infiltration sanguine interlobulaire, ou une extravasation de sang dans le tissu du poumon produisant une déchirure de cet organe et des collections sanguines quelquefois très considérables.

A quelle de ces lésions convient-il de donner le nom d'apoplexie pulmonaire ? Je pense qu'il est permis de l'appliquer à toutes, car on conçoit qu'une accumulation rapide de sang dans les extrémités bronchiques puisse déterminer tous les symptômes d'une asphyxie apoplectique, aussi bien que l'irruption du sang dans le parenchyme ; et si l'on veut comparer ces lésions à celles qui ont lieu dans l'apoplexie cérébrale, on trouve que la simple congestion correspond à ce que l'on appelle vulgairement coup de sang, et que la véritable apoplexie pulmonaire est l'analogue de l'épanchement sanguin dans le tissu du cerveau. Cette manière d'envisager l'apoplexie du poumon, adoptée déjà par M. Andral, me paraît fondée sur les faits.

On a donné à l'apoplexie pulmonaire différents noms, suivant qu'on a eu égard à a lésion du poumon et aux symptômes de la maladie elle-même. Ainsi elle a reçu les dénominations d'*hémoptysie foudroyante*, *asphyxie*, *hémorrhagie interstitielle* du poumon, *pneumorrhagie*.

La *fréquence* de l'apoplexie pulmonaire ne saurait être appréciée rigoureusement d'après les faits que nous possédons. Suivant Laënnec, cette maladie est moins rare qu'on ne le croit généralement. Il est certain que plusieurs noyaux apoplectiques ont pu échapper à une exploration trop rapide, dans des cas d'hémorrhagie pulmonaire abondante ; mais même en tenant compte de cette circonstance, on peut dire

que l'apoplexie pulmonaire n'est pas une maladie fréquente, quoique la plupart des observateurs en aient vu plusieurs exemples.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il est très difficile d'assigner à cette maladie des causes prédisposantes. Nous n'avons, en effet, aucun travail rigoureux qui nous permette de nous prononcer sur ce point avec quelque précision. On a dit, il est vrai, que la présence des *tubercules dans les poumons*, l'existence de *noyaux d'hépatisation*, une *respiration habituellement embarrassée*, et enfin une *altération des vaisseaux pulmonaires* qui les rend plus friables et en facilite la rupture, favorisaient l'apparition de cette hémorrhagie interstitielle; mais ces assertions ne sont point appuyées sur des faits assez nombreux. Il est une autre cause qui me paraît mériter beaucoup plus d'attention : je veux parler de l'*hypertrophie du cœur*. Elle a été rencontrée dans la plupart des cas d'apoplexie pulmonaire qui ont été publiés, et l'on trouve, dans plusieurs observations de Laënnec, de Bayle, et de MM. Bouillaud (1), Rousset (2), Cruveilhier (3) et Bricheteau (4), cette hypertrophie portée à un degré considérable, et affectant principalement les cavités droites du cœur. Enfin, d'après M. Bouillaud, une *hémoptysie antérieure* prédisposerait à l'apoplexie pulmonaire.

M. Guéneau de Mussy (5) s'est livré à des recherches intéressantes, desquelles il résulte que l'apoplexie pulmonaire est rarement idiopathique et qu'elle survient principalement à *la suite des fièvres graves*, ou des maladies qui apportent un trouble considérable à la circulation pulmonaire; par exemple, les désorganisations profondes de la valvule mitrale.

2° Causes occasionnelles.

On ne trouve dans les observations rien qui annonce l'existence d'une cause occasionnelle évidente. Souvent on voit des individus être pris tout à coup, sans aucun prodrome, et dans un état de bonne santé apparent, de tous les symptômes de l'apoplexie pulmonaire, et succomber avec la plus grande rapidité. C'est ce qui arriva dans le cas observé par Bayle (6), et par M. Bricheteau.

M. R. Paterson (7) a observé un cas d'apoplexie pulmonaire déterminée par des *contusions* sur la poitrine.

En l'absence de toute cause évidente, Laënnec a eu recours à une hypothèse ; il a supposé l'existence d'une *dilatation rapide du sang*, qui, ne permettant plus à ce liquide de rester dans les voies de la circulation, le pousserait violemment dans les vésicules bronchiques et dans le parenchyme pulmonaire ; mais cette supposition, n'étant fondée sur aucun fait, ne doit pas nous arrêter plus longtemps.

On voit qu'il reste encore beaucoup à faire sur les causes de l'apoplexie

(1) *Traité clinique des malad. du cœur*. Paris, 1841, t. II, pag. 473.
(2) *Rech. sur les hém.*; Thèse, Paris, 1827.
(3) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. APOPLEXIE.
(4) *Obs. d'apoplexie pulm.* (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 100).
(5) *Thèse de Paris*, 1845.
(6) *Revue médic.*, avril 1828.
(7) *Edinburgh med. and surg. Journ.*, janvier 1846.

pulmonaire. Ce n'est qu'en recueillant avec le plus grand soin toutes les observations qui se présenteront, et en tenant compte de toutes les circonstances, qu'on parviendra à jeter quelque lumière sur ce sujet obscur.

§ III. — Symptômes.

Apoplexie pulmonaire subite ou foudroyante. J'ai déjà dit qu'on observe un certain nombre de cas dans lesquels la maladie a une marche rapide, et même détermine la mort subite. Alors une altération profonde des traits, une anxiété extrême, une suffocation portée au plus haut degré, sont les seuls symptômes que l'on puisse constater. Quelquefois seulement il s'y joint une *hémoptysie*, tantôt très considérable, tantôt, au contraire, très peu abondante.

Apoplexie progressive. Dans les cas où la maladie parcourt moins rapidement ses périodes, on observe un certain nombre de symptômes qu'il importe d'étudier avec soin.

Un *sentiment de gêne* plus ou moins marqué dans la poitrine ; quelquefois une *chaleur* insolite, et parfois enfin de véritables *douleurs thoraciques*, ainsi que l'a observé Laënnec, sont les signes qui annoncent l'invasion de la maladie. Dans les observations que j'ai sous les yeux, ce symptôme a été complétement passé sous silence. Bientôt la *respiration* devient *embarrassée*, elle est profonde et entrecoupée, et la gêne de cette fonction peut être telle, qu'il existe une véritable *orthopnée*, comme on le remarque dans les observations de M. Bouillaud (1).

Laënnec a noté une *oppression* très forte, et de plus une *irritation* dans une étendue plus ou moins considérable du thorax. Dans les cas où la respiration est extrêmement gênée, on constate une *contraction exagérée des muscles inspirateurs*, qui tendent à soulever fortement les épaules. Alors la *respiration trachéale* peut se faire entendre à une grande distance, et, s'il y a une certaine quantité de liquide sanguinolent dans les bronches, la respiration est bouillonnante, comme dans les cas cités par M. Bouillaud. Ordinairement il se joint à ces symptômes une *toux* plus ou moins vive, et qui, d'après Laënnec, est principalement excitée par l'irritation de poitrine qu'il a signalée.

Nous avons maintenant à nous occuper d'un symptôme qui a été très diversement apprécié par les auteurs. Suivant Laënnec, l'*hémoptysie* est un des symptômes les plus importants de l'apoplexie pulmonaire : la perte de sang est ordinairement très abondante et très grave ; elle peut s'élever jusqu'à 5 kilogrammes, et ce liquide est rejeté pur et rutilant ; quelquefois néanmoins il est en petite quantité. M. Bricheteau, au contraire, pense que l'hémoptysie n'appartient nullement à l'apoplexie pulmonaire. Selon lui, lorsqu'il y a écoulement de sang par les bronches, c'est ordinairement après la mort. Ces deux opinions sont exagérées, et s'expliquent par la nature particulière des faits observés par ces deux auteurs. Il suffisait, en effet, à Laënnec, pour constater l'existence d'une apoplexie pulmonaire, de trouver une accumulation de sang dans les vésicules bronchiques, même alors que le sang était versé par une simple exhalation ; or, dans toute hémoptysie un peu abondante, il devait trouver une certaine quantité de sang dans les vésicules. Mais cela ne constitue évidemment pas la véritable apoplexie pulmonaire. Quant à M. Bricheteau, il a eu principalement égard aux cas dans lesquels la mort est survenue

(1) *Obs. pour servir à l'hist. de l'apopl. pulm.* (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 392).

brusquement, par suite de l'irruption du sang dans le parenchyme pulmonaire.

Entre ces deux manières de voir, il en est une qui, d'après les faits publiés, doit être seule adoptée. Dans les cas cités par MM. Bouillaud, Rousset, Andral, et dans ceux que l'on trouve dans les divers recueils scientifiques, on voit que fréquemment il existe une simple excrétion de crachats sanguinolents; que quelquefois l'hémorrhagie est plus abondante, et qu'enfin elle peut manquer entièrement, sans que la maladie perde rien de ses caractères.

M. Rousset a observé quelquefois des crachats diffluents, couleur de jus de réglisse, qu'il a attribués à l'apoplexie pulmonaire; mais comme cet auteur admet une complication de pneumonie, on se demande si cette expectoration ne serait pas due à la pneumonie elle-même; et l'on verra à l'article *Pneumonie* que tout porte à répondre affirmativement.

Ordinairement, lorsqu'il y a du sang dans les crachats, il n'est pas intimement mêlé avec eux; il est plus ou moins rouge, et parfois il a une certaine tendance à la coagulation. C'est après les efforts de toux qu'a lieu cette expectoration sanguinolente. En résumé, l'hémoptysie n'est point un symptôme aussi important que le pensait Laënnec; toutefois elle mérite une grande considération, et il est fort à désirer que de nouvelles recherches nous en fassent connaître exactement la valeur.

La *percussion* et l'*auscultation* ont fourni peu de lumières au diagnostic de cette affection. Suivant Laënnec, la percussion n'aurait qu'une valeur limitée, tandis que l'auscultation donnerait des signes positifs. Deux caractères sont signalés par lui comme essentiels à la maladie. Le premier est l'absence de la respiration dans une partie peu étendue du poumon, et le second un *râle crépitant* qui existe aux environs du point où la respiration ne s'entend plus, et qui, suivant Laënnec, indique une légère infiltration sanguine autour du point apoplectique. Ce râle a toujours lieu au début de la maladie. Plus tard, il cesse souvent de se faire entendre.

Plusieurs auteurs ont vainement cherché les signes indiqués par Laënnec; le premier surtout, c'est-à-dire l'absence de la respiration est bien loin d'être constant, et on le conçoit facilement; pour qu'il en fût ainsi, en effet, il faudrait que le foyer apoplectique fût voisin de la surface du poumon, et assez considérable pour obstruer une assez grande étendue des extrémités bronchiques : or c'est ce qui est bien loin d'avoir toujours lieu, car quelquefois les noyaux apoplectiques sont disséminés, et assez fréquemment ils ont leur siége dans les parties profondes du poumon. Quant au râle crépitant, on voit bientôt, d'après la description de Laënnec, qu'il n'est autre chose que le râle que nous avons signalé dans la simple hémoptysie, et qui est dû à la présence d'une certaine quantité de sang dans les extrémités bronchiques. C'est ce même râle qui, vers la racine du poumon, c'est-à-dire dans les grosses bronches, se convertit en un râle muqueux à grosses bulles dont, suivant les expressions de Laënnec, la matière paraît plus liquide et dont les bulles semblent plus grosses que celles qui sont formées par de la mucosité. « Leurs parois, ajoute-t-il, semblent plus minces, et elles crèvent souvent par excès de distension. »

D'un autre côté, M. Piorry (1) assure qu'il n'a obtenu que des résultats très équivoques de l'auscultation, tandis que, par la percussion, il a constaté, dans un

(1) *De la percussion médiate*, Paris, 1828, in-8.

point circonscrit de la poitrine, une absence du son d'autant plus marquée que le sang expectoré est plus rouge, diminuant lorsque ce liquide prend une couleur noirâtre, et disparaissant avec l'hémoptysie. Nous verrons à l'article *Diagnostic* ce qu'il faut penser de cette opinion, qui présente des propositions contradictoires, et que l'auteur, du reste, paraît avoir presque totalement abandonnée depuis.

On voit combien sont douteux les signes fournis par ces deux moyens d'exploration. Toutefois il faut faire une remarque importante : c'est que les auteurs n'ont pas eu soin de distinguer les différents cas, et qu'ils n'ont pas cherché si, lorsque les lésions étaient différentes, les signes dont nous venons de parler n'avaient pas une valeur différente aussi. On conçoit très bien, en effet, que selon la situation du foyer apoplectique, à la surface ou dans la profondeur du poumon, tantôt on observe des phénomènes très sensibles et tantôt on ne puisse découvrir aucun signe. Que chacune de ces circonstances se soit exclusivement présentée à des observateurs différents, et la divergence des opinions devient toute naturelle.

Lorsque les symptômes que nous venons d'énumérer ont acquis une intensité notable, la face est pâle, livide; quelquefois, comme dans les observations citées par M. Bouillaud, l'œil est hagard et exprime l'effroi; le corps se recouvre d'une sueur froide; le pouls, ordinairement fréquent, mou et faible, est quelquefois large et présente une vibration particulière, ainsi que Laënnec en a vu des exemples.

Enfin, ce dernier auteur a constaté l'existence d'un *bruit de souffle*, dans le cœur et dans les artères; mais, comme les sujets qu'il a observés ont eu généralement une hémoptysie abondante, nous devons, aujourd'hui que nous connaissons les effets des pertes de sang sur les bruits des artères, attribuer ce phénomène à cette circonstance qui avait échappé à Laënnec.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

J'ai déjà cité un certain nombre de cas dans lesquels la mort a eu lieu subitement ou presque subitement : je pourrais multiplier ces citations, mais il n'y aurait aucune utilité. Dans le plus grand nombre des cas, la maladie, quoique rapide, est loin de se terminer aussi brusquement; elle suit son cours d'une manière continue, tous les symptômes vont en augmentant, jusqu'à ce qu'enfin une véritable asphyxie emporte le malade.

La *durée* de la maladie ne dépasse pas ordinairement quelques jours. Laënnec a cité des exemples dans lesquels elle aurait été plus longue; mais n'oublions pas que pour lui une simple accumulation de sang dans les vésicules bronchiques constituait une véritable apoplexie.

Il ne faut que jeter un coup d'œil sur les observations qui ont été publiées, pour voir que la mort est la *terminaison* la plus ordinaire de cette affection. Cette terminaison est-elle inévitable? Oui, suivant M. Bricheteau; mais, je l'ai déjà dit, cet observateur n'a porté son attention que sur les cas les plus graves, ce qui peut faire croire que sa manière de voir est exagérée. D'après Laënnec, au contraire, la résolution de l'épanchement sanguin est possible; il a cité deux cas pour mettre le fait hors de doute; mais il reste toujours à savoir s'il y avait dans ces cas une apoplexie pulmonaire ou une simple exhalation sanguine dans les vésicules bronchiques. Cette question est donc encore indécise, et demande de nouvelles recherches.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un grand soin par les auteurs, et ils ont vu qu'elles se présentaient sous des aspects différents. Quelquefois, en effet, on n'a trouvé qu'une congestion sanguine dans une grande étendue du poumon. Les vaisseaux étaient considérablement distendus, les poumons rouges, volumineux, lourds, et le sang s'écoulait difficilement lorsque l'on avait fait des incisions à la substance pulmonaire. C'est là la *congestion* dont j'ai parlé plus haut, congestion qui, pour produire des symptômes notables, doit occuper un espace considérable, et qui a été principalement observée dans les cas de mort subite (1). Mais le plus souvent on a constaté l'existence de lésions beaucoup plus profondes, dont je vais donner un aperçu rapide.

Dans un point plus ou moins étendu du poumon, on trouve un noyau ferme, d'une couleur sombre, ordinairement circonscrit, et dont la dureté finit brusquement, de manière qu'il y a une ligne de démarcation tranchée entre le point endurci et les portions de tissu sain. Quelquefois, comme M. Bouillaud l'a constaté, cette lésion peut occuper une assez grande étendue d'un lobe pulmonaire. Laënnec a vu deux ou troix noyaux apoplectiques circonscrits dans différents points du poumon.

Lorsqu'on incise le tissu altéré, on voit que la surface de l'incision est noirâtre et présente un aspect grenu dû à l'accumulation du sang dans les vésicules bronchiques ; c'est du moins ce que Laënnec et M. Bouillaud ont constaté. Le premier de ces deux auteurs a vu ces granulations plus grosses que celles de l'hépatisation rouge dans la pneumonie. Lorsqu'on presse sur ces parties altérées, on en exprime avec difficulté une petite quantité de sang épais, desséché suivant Laënnec, et semblable à du sang cuit, suivant l'expression de M. Bouillaud. Il n'est pas rare de trouver, dans le centre de ces foyers, du sang coagulé en plus ou moins grande abondance. Laënnec a compté dans ces noyaux jusqu'à trois couches différentes, dues sans doute à des irruptions successives du sang.

Le tissu environnant est ordinairement sain, souple, crépitant, ou présente parfois une légère infiltration sanguine. Dans un cas, M. Bouillaud a trouvé un kyste couenneux assez épais, dont il a donné la description. MM. Cruveilhier et Rousset ont cité des exemples semblables. Toutefois on ne peut douter que ce dernier auteur ait décrit comme des noyaux d'apoplexie pulmonaire de véritables kystes tuberculeux, dans lesquels s'était produit un épanchement de sang. C'est ce qui fait sans doute qu'il a attribué à la maladie qui nous occupe les cicatrices qu'il a trouvées quelquefois au sommet du poumon. Ce n'est pas toutefois une raison pour nier, avec M. Bricheteau, l'existence du kyste, puisque M. Bouillaud a donné une description détaillée de celui qu'il a rencontré.

Ce dernier auteur se demande si les noyaux de mélanose enkystée que l'on rencontre quelquefois ne seraient pas dus à une apoplexie pulmonaire dégénérée ; mais c'est une question que j'examinerai à l'occasion de la mélanose du poumon. Laënnec, Corvisart, MM. Corrigan, Pingrenon, Fergusson (2), R. Paterson ont cité des exemples de rupture du parenchyme pulmonaire et d'irruption du sang dans

(1) OLLIVIER, *Arch. gén. de méd.*, t. I, 2ᵉ série, p. 233, etc.
(2) *Med. Transactions of Dublin*, t. I.

la plèvre. La même lésion existait chez le sujet observé par Bayle. En pareil cas, les malades ont toujours succombé à une apoplexie foudroyante. Suivant MM. Rousset et Cruveilhier, l'affection peut se terminer par inflammation, et alors on trouve une cavité pleine d'un liquide sanguinolent, et dont les parois sont infiltrées d'un pus sanieux. Les cas cités par M. Rousset ne sont pas parfaitement concluants, ainsi que je l'ai dit plus haut, et il résulte des faits que si l'inflammation s'empare du foyer apoplectique, ce n'est que dans un très petit nombre de cas, peut-être parce que, en général, la mort survient trop rapidement. Enfin, comme je l'ai déjà dit, on a trouvé dans le cœur des lésions plus ou moins considérables, notamment l'hypertrophie, et des obstacles au cours du sang situés aux orifices de cet organe.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. D'après ce que j'ai dit relativement à la valeur des signes fournis par la percussion et l'auscultation, on doit pressentir toutes les difficultés du diagnostic de cette grave affection. En effet, nous avons vu que l'absence de la respiration, signalée par Laënnec et trouvée par M. Bouillaud, n'a lieu que dans des circonstances particulières, et que le râle crépitant, décrit par le premier de ces auteurs, appartient purement et simplement à l'hémoptysie. Néanmoins ces signes ont une certaine importance lorsqu'ils se trouvent bien circonscrits dans un point du poumon. Quant au son mat indiqué par M. Piorry, il n'a point toute la valeur que lui avait d'abord attribuée cet auteur, puisque plus tard (1) il a reconnu que le sang qui coule des bronches donne lieu aux mêmes signes que s'il provenait des poumons eux-mêmes. D'ailleurs comment concevoir, ainsi que l'a fait remarquer M. Mériadec Laënnec, qu'il puisse exister une matité notable d'une partie assez considérable du thorax, sans qu'il y ait en même temps une altération plus ou moins profonde du murmure respiratoire ?

Ce sont ces difficultés qui ont fait dire à M. Bouillaud que l'on peut deviner plutôt que diagnostiquer une apoplexie pulmonaire. Toutefois il est certains cas dans lesquels les signes que je viens d'indiquer se trouvent réunis et permettent un diagnostic assez précis. Lorsque, dans un point limité de la poitrine, il existe une matité marquée, que dans le même point il y a absence du murmure respiratoire, que les crachats sont teints de sang non intimement mêlé avec eux, que l'anxiété est vive, que la respiration est très difficile, et qu'enfin tous ces symptômes sont survenus très rapidement, on peut croire à l'existence d'une apoplexie pulmonaire.

Avec quelle affection pourrait-on la confondre ? Lorsqu'elle présente les signes que je viens d'énumérer, on ne pourrait guère la prendre que pour une pneumonie. Mais on évitera l'erreur, si l'on a égard à l'absence de la respiration bronchique, de la bronchophonie, des symptômes fébriles, du trouble du côté des voies digestives, et si l'on tient compte de la différence des crachats, qui dans la pneumonie sont rouillés ou présentent une autre coloration qui indique la combinaison intime du sang avec le mucus.

Quand ces deux affections existent ensemble, le diagnostic paraît impossible. Cependant Laënnec a cru être parvenu, dans un cas, à l'établir ; mais il faudrait un certain nombre d'observations semblables pour mettre le fait hors de doute.

(1) *Traité de diagnostic et de séméiologie* ; Paris, 1840, t. I, p. 559.

Lorsque les signes sur lesquels j'ai principalement insisté manquent complétement, il est inutile de chercher à établir un diagnostic positif; car, dans l'état actuel de la science, on n'y parviendrait pas. C'est alors le cas de dire avec M. Bouillaud, que l'on peut deviner la maladie, mais non la diagnostiquer. Je ne donnerai point le tableau synoptique de ce diagnostic obscur, pour lequel les détails précédents suffisent.

Pronostic. Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie prouve que le pronostic en est très grave. L'embarras de la respiration, l'anxiété très vive du malade, le refroidissement des extrémités, la précipitation et la petitesse du pouls, et enfin les symptômes d'une affection du cœur à un degré avancé, annoncent une mort certaine.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de cette affection est une des parties de son histoire sur lesquelles nous avons le moins de renseignements positifs. On le comprend facilement, lorsqu'on se rappelle qu'elle n'est point fréquente, qu'elle peut être méconnue pendant la vie, et que, dans plusieurs cas soumis à l'observation, aucun moyen utile n'a pu être mis en usage. Voici, d'après les faits que j'ai rassemblés, le traitement le plus énergique employé par les auteurs :

Émissions sanguines. La *saignée*, suivant Laënnec, ne doit jamais être négligée. Il faut ouvrir largement la veine, et pousser l'écoulement du sang jusqu'à la lipothymie. M. Bouillaud a vu le sang couler d'abord avec peine lorsque la maladie avait une intensité marquée; mais au bout d'un certain temps, l'écoulement a lieu avec facilité, et l'on peut pousser la saignée aussi loin qu'on le désire.

Les *sangsues* ont été aussi mises en usage. Laënnec conseille de les appliquer à l'anus ou à la vulve, lorsque l'apoplexie pulmonaire a succédé à la suppression d'un flux sanguin de ces parties. Dans un cas observé par M. Bouillaud, on appliqua des *ventouses scarifiées* sur la poitrine même. Malgré l'énergie de ces moyens, il n'est pas rare de voir la maladie faire des progrès, jusqu'à ce que le malade succombe. Cependant les évacuations sanguines, et surtout la saignée générale, paraissent encore plus indiquées que dans la simple hémoptysie.

Révulsifs, *dérivatifs*. Des *ventouses sèches*, appliquées sur le tronc et sur les extrémités, ont été mises en usage par Laënnec. Dans l'un des cas observés par M. Bouillaud, on a appliqué un *vésicatoire* sur la poitrine; mais ces moyens n'ont été que d'un faible secours, et Laënnec n'accorde qu'une médiocre confiance aux vésicatoires et aux *sinapismes*.

Vomitifs, *purgatifs*. Je n'ajouterai rien ici à ce que j'ai dit de l'emploi des vomitifs et des purgatifs, à l'occasion de l'hémoptysie ; il me suffit d'y renvoyer le lecteur. Mais je ne dois pas passer sous silence l'application du *tartre stibié à haute dose*, faite par Laënnec aux cas d'apoplexie pulmonaire. Voici comment cet auteur s'exprime à ce sujet : « Dans deux cas désespérés, j'ai tenté le tartre stibié à haute dose, d'après la même méthode que pour la péripneumonie. Je n'en ai vu aucun mauvais effet. Ce moyen a même paru modérer beaucoup l'hémorrhagie, mais je ne l'ai pas trouvé héroïque, comme dans les maladies inflammatoires. » Il n'est pas possible, d'après ces paroles de Laënnec, de se faire une idée un peu exacte de l'action du tartre stibié à haute dose dans cette maladie. C'est à l'observation à nous apprendre si, dans des cas moins graves, ce médicament aurait

un effet plus marqué. Quant aux *purgatifs*, Laënnec conseille de choisir les drastiques. La *teinture de colchique* fut inutilement employée dans un des cas observés par M. Bouillaud.

Le docteur Arnal (1) a rapporté un cas d'apoplexie pulmonaire effrayante ayant résisté à trois saignées, aux sangsues, à des astringents énergiques, et promptement guérie par le seigle ergoté.

℞ Eau de laitue..........	120 gram.	Sirop diacode..........	40 gram.
Extrait de seigle ergoté...	1 gram.		

Une cuillerée toutes les deux heures.

Diurétiques. M. Gendrin (2), après avoir recommandé tous les moyens qui peuvent favoriser les diverses sécrétions, ajoute que, de tous ces moyens, ceux dont on retire les meilleurs résultats contre les accidents de l'apoplexie pulmonaire sont les diurétiques actifs, et principalement le *nitrate de potasse*, moyen préconisé d'abord par Th. Dickson, et que M. Gendrin administre à haute dose de la manière suivante :

℞ Légère décoction de chiendent................	1000 à 1500 gram.
Nitrate de potasse........................	de 15 à 30 et 45 gram.

A prendre par grands verres, dans les vingt-quatre heures.

Cette boisson est administrée dès le début de la maladie, et l'on continue son administration jusqu'à la fin de tous les accidents.

Suivant M. Gendrin, ce remède a une très grande efficacité, mais malheureusement cette assertion n'est appuyée sur aucun fait bien détaillé.

Affusions. Suivant Laënnec, les *affusions*, d'abord tièdes, puis presque fraîches, et froides ensuite, sont souvent très utiles. Ce moyen, auquel il donne le nom de *bains d'ondée*, paraît avoir été employé dans de simples hémoptysies; c'est à l'aide d'un arrosoir que Laënnec faisait pratiquer les affusions.

Enfin, on a administré un grand nombre d'autres remèdes qui tous ont été dirigés contre l'hémoptysie : ainsi les *acides végétaux* et *minéraux*, l'action du *froid* à l'intérieur et à l'extérieur, etc., etc., tous moyens que j'ai longuement énumérés et appréciés à l'article *Hémoptysie*. Ce serait donc tomber dans des redites inutiles, que de les reproduire ici.

Il me suffira, pour terminer cet article, de présenter une seule ordonnance qui résume les principaux moyens que je viens d'indiquer.

Ordonnance.

1° Pour boisson :

Hydromel (Bouillaud).

Ou bien :

Chiendent, avec une forte dose de nitre (*voy.* ci-dessus).

2° Une saignée de 400 ou 500 grammes.

Ouvrir largement la veine, de manière à produire la lipothymie.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, juin 1840.
(2) *Traité phil. de méd. prat.*, Paris, 1838, t. I, p. 609.

3° ℞ Eau distillée de tilleul 200 gram.	Eau distillée de laurier-cerise. 2 gram.
Tartre stibié....... 0,30 gram.	Sirop de gomme........... 35 gram.

A prendre par cuillerées, d'heure en heure (Laënnec).

4° Seigle ergoté en potion (Arnal).
5° Affusions, fraîches d'abord, puis froides (Laënnec).
6° Diète absolue.

On voit que nous ne possédons rien de bien particulier au traitement de l'apoplexie pulmonaire. Peut-être, quand on aura recueilli plus d'observations de cette maladie, sera-t-il possible d'apprécier plus rigoureusement les moyens dirigés spécialement contre elle. En attendant, lorsqu'il y a hémoptysie, le praticien doit se conduire comme dans les cas d'hémorrhagie pulmonaire grave, et lorsque l'excrétion du sang n'existe pas, les symptômes sérieux qui se montrent du côté de la poitrine lui indiquent qu'il faut employer des moyens énergiques pour faire disparaître l'obstacle évident qui existe dans la respiration et dans la circulation pulmonaires.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Saignée ; révulsifs ; dérivatifs ; vomitifs ; purgatifs ; tartre stibié à haute dose ; seigle ergoté ; diurétiques ; affusions froides ; moyens employés contre l'hémoptysie.

ARTICLE II.

PNEUMONIE AIGUE.

Cette affection est une des plus graves et des plus fréquentes. De tout temps elle a attiré l'attention des médecins ; mais ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a été étudiée avec un véritable succès. Jusqu'alors une confusion qui semblait inévitable avait régné dans l'histoire des principales maladies aiguës de poitrine, et surtout de la pneumonie et de la pleurésie. Les anciens n'établissaient que de légères différence de siége et d'étendue entre ces deux affections. Il suffit de parcourir ce qui, dans Hippocrate (1), a rapport à ce sujet, pour s'assurer que l'idée qu'on se faisait alors de ces inflammations était extrêmement vague. La description de la pleurésie donnée par Galien, et qui s'applique très bien à la pneumonie, prouve que la science n'avait fait aucun progrès sur ce point. Arétée (2), observateur généralement plus exact, est resté dans le même vague. Ce que ces auteurs disent des crachats, et qui a été répété par tant d'autres écrivains plus modernes, prouve suffisamment la vérité de ce que j'avance. Pour eux, en effet, les crachats teints de sang appartiennent aussi bien à la pleurésie qu'à la pneumonie.

Pour juger de l'incertitude qui régnait sur cette importante question, il suffit de connaître l'opinion de Fréd. Hoffmann et de Borsieri sur les rapports de ces deux affections entre elles. Suivant le premier (3), la pneumonie occupe les deux parties profondes du poumon, et la pleurésie les parties superficielles. Quant au second (4), il pense que le siége est le même, et que toute la différence consiste dans les sym-

(1) Voy. *De locis, in homine*, 24, etc.
(2) Lib. I, cap. x.
(3) *Op. omn.*, t. I, sect. II, cap. II ; Genev., 1761, *De febr. pneum.*
(4) *Instit. med. prat.*, t. IV ; Lips., 1826, *De morb. pect.*, p. 85.

ptômes. Quelques observations de Valsalva, de Morgagni et d'Huxham semblaient devoir faire cesser cette confusion ; mais elles ne furent point assez bien comprises pour fixer l'opinion des médecins et de ces auteurs eux-mêmes.

Les beaux travaux de Bichat sur l'anatomie des divers tissus mirent enfin les observateurs sur la voie, et Pinel, qui s'en était inspiré, distinguait déjà très bien la pleurésie de la pneumonie (1), quoique les seuls signes de ces maladies qu'il avait pu saisir dussent laisser bien souvent son diagnostic incertain. Enfin Laënnec, par ses recherches anatomico-pathologiques, aussi bien que par l'étude des signes stéthoscopiques, fit cesser toutes les incertitudes, et, depuis lors, les recherches d'un grand nombre d'auteurs que j'aurai à citer dans cet article sont venues donner au diagnostic de la pneumonie une précision qu'on ne trouve pas toujours dans celui de beaucoup de maladies plus accessibles à nos moyens d'exploration.

Dans ces derniers temps, M. Grisolle (2) a publié sur la pneumonie un travail des plus importants, et qui rendra sur presque tous les points ma tâche très facile. N'oubliant pas que j'écris pour le praticien, je ne dois pas m'efforcer d'étaler un luxe d'érudition inutile, lorsque je trouve un résumé aussi exact et aussi précis de nos meilleures recherches, vérifiées par une observation nouvelle. Heureux si tous les points de la science étaient ainsi traités, car alors on pourrait présenter la médecine dans un résumé succinct, fidèle expression des faits. J'emprunterai donc sans aucun scrupule, à M. Grisolle, la plupart des traits de ma description, et n'ajouterai guère de développements nouveaux qu'à l'occasion du traitement.

On a décrit un bien grand nombre d'espèces de pneumonies. Ainsi nous trouvons d'abord la *pneumonie aiguë* et la *pneumonie chronique*, qu'on ne peut s'empêcher de décrire séparément ; puis la *pneumonie primitive* et la *pneumonie consécutive*, qui, sous certains points de vue, méritent d'être distinguées ; puis encore la *pneumonie traumatique*, dont je dirai quelques mots ; enfin la *pneumonie bilieuse*, la *pneumonie typhoïde*, la *pneumonie catarrhale*, la *pneumonie intermittente* ou *rémittente*, la *pneumonie latente*, la *pneumonie rhumatique*, *arthritique*, *puerpérale*, *métastatique*, et même *vermineuse!* Il suffira d'un simple aperçu pour montrer la valeur de ces variétés, fondées sur des circonstances généralement d'une importance secondaire, et dont quelques unes doivent être entièrement rejetées. Mais il est une espèce de pneumonie caractérisée par son siége, et sur laquelle je devrai m'arrêter un peu plus longtemps : c'est la *pneumonie lobulaire*, si fréquente chez les enfants, et qu'il est si difficile de diagnostiquer. En somme, je n'adopterai que la division de la pneumonie en aiguë et en chronique, et je n'accorderai aux autres espèces qu'une simple mention, plus ou moins étendue, selon leur importance. Je vais, dans cet article, m'occuper exclusivement de la *pneumonie aiguë*.

§ I. — Définition ; espèces ; synonymie ; fréquence.

Le nom de *pneumonie* est exclusivement réservé aujourd'hui à l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

On a fréquemment désigné cette affection sous les noms de *péripneumonie*,

(1) *Nos. philos.*, t. II, p. 420 et 483 ; Paris, 1823.
(2) *Traité prat. de la pneum.*, etc. ; Paris, 1841.

péripleumonie, *pulmonie*, de *fièvre pneumonique* ou *péripneumonique*, ou de *fluxion de poitrine*, mot encore employé par le vulgaire. Mais le nom de *pneumonie* est celui qui convient le mieux à la maladie, et qui doit être adopté.

Cette affection est une des phlegmasies aiguës *les plus fréquentes*, surtout à certaines époques de l'année.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La pneumonie sévit à tous les *âges*. Jusqu'à ces dernières années, on a cru, sur la foi des anciens auteurs, qu'elle n'affectait que les adultes, et surtout les jeunes gens. Les considérations physiologiques n'ont pas manqué pour expliquer cette préférence ; mais l'observation a réduit les explications au néant, en démentant les faits. MM. Delaberge (1), Burnet (2), Gherard, Rufz (3), Rilliet et Barthez (4), Hache (5), ont démontré, par les faits, la grande fréquence de la pneumonie chez les enfants âgés de plus de deux ans, et quant aux nouveaux-nés, ils y sont bien plus sujets encore, comme le prouvent les observations de Billard (6), et celles que j'ai recueillies moi-même (7). Il s'est élevé quelques discussions relativement à la fréquence de la pneumonie chez les vieillards. On a dit que cette affection est moins fréquente chez eux que chez les jeunes, parce qu'on trouve dans les hôpitaux un moins grand nombre de vieillards affectés de pneumonie. Mais, comme l'a très bien fait remarquer M. Grisolle : 1° il y a beaucoup moins de vieillards que d'adultes, et 2° la plupart des vieillards affectés de pneumonie sont traités dans les hospices, où, comme MM. Prus (8), Hourmann et Dechambre (9), l'ont observé, et comme j'ai pu m'en convaincre moi-même pendant deux ans, la pneumonie fait des victimes extrêmement nombreuses. Reconnaissons donc, avec M. Grisolle, qu'extrêmement fréquente dans la première enfance, diminuant jusqu'à vingt ans, augmentant alors sensiblement, pour diminuer encore après l'âge de quarante ans, la pneumonie devient de nouveau d'une fréquence extrême après soixante ans, époque de la vie où l'homme retombe dans la faiblesse de l'enfance.

Toutes les espèces de pneumonies n'ont pas la même fréquence aux différents âges. Les *pneumonies consécutives* sont bien plus fréquentes chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie. La *pneumonie* dite *catarrhale*, c'est-à-dire celle qui survient dans le cours d'un catarrhe pulmonaire, affecte plus souvent les vieillards. Enfin, la *pneumonie lobulaire* attaque presque exclusivement les enfants.

L'influence du *sexe* a été très anciennement reconnue. Elle est aujourd'hui parfaitement établie sur des chiffres considérables, desquels il résulte que la pneumonie a lieu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, dans la pro-

(1) *Journ. heb.*; 1834.
(2) *Journ. hebd.*; 1833.
(3) *The Americ. Journ.*; 1834.
(4) *Mal. des enf.*, *Pneumonie*; Paris, 1838.
(5) *Thèse*; Paris, 1835.
(6) *Traité des mal. des enf.*, 2ᵉ édit.; Paris, 1833.
(7) *Cliniq. des mal. des enfants nouveaux-nés*; Paris, 1838.
(8) *Rech. sur les mal. de la vieillesse*, (*Mémoires de l'Acad. de méd.*; 1840, t. VIII).
(9) *Rech. cliniq.*, *Mal. des org. resp.*, (*Arch. gén. de méd.* 2ᵉ série ; 1835 ; t. VIII, pag. 405).

portion d'environ 2 à 1 ; mais comme on le voit dans les recherches de M. Grisolle, c'est moins le sexe en lui-même que les habitudes propres à chacun des deux sexes, qui sont la véritable cause de cette différence. Aussi, dans les pays où les femmes ont les mêmes habitudes que les hommes (1), et chez les enfants dont l'hygiène est uniforme, la fréquence de la pneumonie ne diffère pas sensiblement dans les deux sexes, ainsi que l'a formellement indiqué le professeur J. Frank (2). MM. Hache, Rilliet et Barthez ont fait la même remarque, et les recherches de M. Vernois, unies aux miennes, nous ont conduits aux mêmes résultats (3). Les femmes sont, *relativement*, plus sujettes aux *pneumonies consécutives* qu'aux pneumonies primitives ; c'est le contraire chez les hommes.

Rien ne prouve mieux l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons, lorsqu'il s'agit de l'influence de la *constitution* et du *tempérament* dans les maladies, que le vague qui règne encore sur ce point de l'histoire de la pneumonie, malgré les efforts qu'on a faits pour arriver à la vérité. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que, chez les sujets affaiblis et dont la constitution est détériorée par une cause quelconque, la pneumonie se produit avec facilité. La fréquence des *pneumonies consécutives* en est une preuve. L'influence de l'embonpoint et du tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin n'est pas suffisamment établie.

Quarin (4) croyait que les *bossus* étaient plus souvent affectés de pneumonie que les sujets dont le thorax est bien conformé ; mais l'observation ultérieure a démontré le peu de fondement de cette opinion.

M. Grisolle, analysant plusieurs relevés intéressants, est parvenu à ce résultat, que l'aisance, et par suite les bonnes conditions hygiéniques, rendent les hommes moins sujets à la pneumonie. On pouvait le prévoir d'avance, en se rappelant que les soins hygiéniques font jouir les femmes de la même prérogative.

La réflexion que je viens de faire relativement à l'influence de la constitution trouve encore sa place lorsqu'il s'agit des *professions*. Le problème est extrêmement difficile à résoudre, parce que : 1° nous ne connaissons pas exactement la proportion des sujets dans les diverses professions, et 2° plusieurs influences pouvant agir chez le même individu, il faudrait un grand nombre de faits sévèrement analysés sous ce point de vue. Les professions qui exposent le plus aux intempéries de l'air : celles de maçon, de journalier ; ou à des variations continuelles de température (les boulangers), *paraissent* prédisposer à la pneumonie. Celles qui exposent aux *émanations du tabac*, ou de *vapeurs fétides et enivrantes*, ont été rangées dans la même catégorie ; mais MM. Darcet et Parent-Duchâtelet (5) ont prouvé que cette opinion était erronée. Le dernier de ces deux auteurs (6) a réfuté l'opinion de Ramazzini, qui a avancé que les sujets obligés d'avoir habituellement les jambes dans l'eau sont fréquemment atteints de pneumonie. L'observation exacte a également fait justice d'une manière de voir mal fondée, en montrant que l'inspiration de parti-

(1) RUEF, *Medicinische Annalen*, vol. II ; 1836.
(2) *Path. int., Mal. des par. thoraciq.*, etc., chap. II ; *Péripneum.*, trad. ; Paris, 1841, p. 161, note 44.
(3) *Cliniq. des enfants nouv.-nés*, p. 173.
(4) *Traité des fièvres et des inflammations* ; Paris, an VIII, t. II, p. 150.
(5) *Annales d'hygiène*, 1829, t. II, p. 558.
(6) *Hygiène publ.*, t. II, p. 607.

cules minérales n'était point une cause évidente d'inflammation pulmonaire. Les marins, suivant les recherches de M. Grisolle, en sont bien plus rarement atteints en pleine mer qu'auprès des côtes ou à terre. En somme, les travaux rudes, les fatigues excessives, la mauvaise hygiène, sont, dans les diverses professions, les circonstances qui favorisent le développement de la pneumonie.

Cette maladie sévit dans tous les *climats*, mais elle est plus commune dans les régions septentrionales et dans les climats tempérés, que dans les régions intertropicales.

Les *saisons* ont aussi une influence marquée sur sa production : c'est au printemps, aux mois d'avril et de mars, qu'on en observe le plus grand nombre ; viennent, dans l'ordre de fréquence, les mois d'hiver et ceux d'automne.

La *menstruation*, l'*allaitement* (1) les *variations barométriques*, l'habitation dans des *contrées marécageuses*, ont aussi été donnés comme des causes prédisposantes de la pneumonie ; mais ces assertions sont dénuées de preuves.

Enfin, M. Grisolle a constaté que l'existence d'*une ou plusieurs pneumonies antérieures* annonçait une grande prédisposition pour l'avenir.

Les *pneumonies consécutives* ou secondaires, qui peuvent être regardées comme des complications, mais comme des complications sérieuses, graves, et devant fixer l'attention du médecin, ont aussi leurs causes particulières. Les maladies qui déterminent un *grand mouvement fébrile* et une *débilitation notable*, mais en particulier les fièvres éruptives et surtout la rougeole, se compliquent fréquemment de pneumonie. Le croup, la morve aiguë, sont dans le même cas. La phlébite donne presque toujours lieu à une inflammation pulmonaire, etc. ; mais je n'insiste pas sur ces détails, parce que quelque intérêt que présentent ces complications, elles n'en doivent pas moins tenir peu de place ici, puisqu'elles se représenteront à l'occasion de chacune des maladies dans lesquelles on les observe.

2° Causes occasionnelles.

La première cause qu'on doit signaler est une *violence extérieure*, une *plaie du poumon*, en un mot une cause *traumatique*. Les pneumonies ainsi produites ne sont pas fréquentes et ont, en général, beaucoup moins de danger que la pneumonie née spontanément. L'action des *vapeurs irritantes* n'est point parfaitement démontrée ; au moins, dans la plupart des cas, ne produit-elle qu'une bronchite ou une apoplexie pulmonaire. Les faits cités en faveur de l'opinion contraire manquent de plusieurs détails indispensables pour faire naître la conviction.

L'*action du froid*, surtout lorsque le corps est échauffé, est une cause si généralement et depuis si longtemps admise, qu'il est bien peu de cas où le vulgaire n'admette son existence ; mais, en étudiant attentivement les observations, on ne tarde pas à s'apercevoir que cette question est beaucoup moins facile à résoudre qu'on ne le croit communément. Des opinions opposées ont été vivement défendues à ce sujet. Toutefois une réflexion rendra l'incertitude bien moins grande : c'est que tous les auteurs qui ont admis comme parfaitement démontrée la *grande* influence du froid, et surtout du froid subit, dans la production de la pneumonie, se sont contentés des premières réponses des malades, naturellement portés à partager la manière de voir générale. Or c'est là une grande source d'erreur, comme je m'en

(1) BAILLOU, *Opera medica, Epid. et ephed.*, lib. I.

suis assuré bien des fois. Ne voit-on pas tous les jours des malades qui répondent d'abord sans hésiter que leur maladie est survenue après un refroidissement, et qui, si vous poussez plus loin l'interrogatoire, finissent par vous apprendre que déjà depuis un, deux, trois jours et quelquefois davantage, ils présentaient les premiers symptômes de la maladie, lorsqu'ils ont éprouvé le frisson qui a fixé leur attention? On comprend alors que, lorsqu'ils ont éprouvé ce frisson, ils présentaient un mouvement fébrile évident, dont la sensibilité au froid et la sensation de refroidissement n'étaient qu'un symptôme. Dans d'autres cas, au contraire, il y a si loin de l'action de la cause à la production de l'effet prétendu, qu'une grande préoccupation peut seule trouver quelques rapports entre elles. L'action du froid n'est néanmoins pas nulle ; elle est seulement beaucoup plus bornée qu'on ne l'a dit, et souvent même on doit admettre l'existence d'une prédisposition puissante.

Laënnec a remarqué que l'*action prolongée du froid* avait plus d'effet que l'impression brusque de cet agent sur le corps fortement échauffé. La facilité avec laquelle les peuples septentrionaux supportent le passage brusque du chaud au froid vient à l'appui de cette proposition.

On a signalé encore comme causes occasionnelles de la pneumonie les grands efforts de *voix* et la *respiration:* les chants, les cris, une course contre le vent; mais, d'après les observations les plus exactes, l'existence de ces causes n'est nullement prouvée; on a pris pour la règle générale quelques coïncidences ou des exceptions fort rares.

Il faut en dire autant des *grands efforts musculaires* et des *émotions morales*, quoiqu'on ait cité plusieurs faits de ce genre assez intéressants. Quant aux *excès alcooliques*, M. Grisolle a observé trois cas dans lesquels tout porte à croire que cette cause a en effet agi.

En étudiant attentivement les observations nombreuses qu'il a rassemblées, M. Grisolle est parvenu au résultat suivant : « Ce n'est guère, dit-il, que sur un quart des sujets qu'on a pu constater l'action d'une cause occasionnelle, et chez presque tous ce fut un refroidissement. Chez les autres sujets, on ne peut saisir l'action d'aucune cause excitante. »

On a vu quelquefois la pneumonie se montrer sous forme *épidémique*. C'est surtout dans le XVIe siècle qu'on observa le plus grand nombre d'épidémies de ce genre. Quelques unes, il est vrai, laissent des doutes, à cause de l'insuffisance du diagnostic : mais en lisant les descriptions, on voit souvent que les auteurs ont réellement observé cette espèce de pneumonie. C'est une grande question de savoir si, en pareil cas, la pneumonie prend des caractères tout particuliers. J'y reviendrai à l'occasion du diagnostic et du traitement. Quelques médecins ont avancé que la pneumonie est *contagieuse*, mais c'est une opinion entièrement abandonnée aujourd'hui.

§ III. — Symptômes.

C'est surtout dans l'étude des symptômes qu'il importe de distinguer la pneumonie en *aiguë* et en *chronique*, en *primitive* et en *consécutive ;* car ces diverses espèces offrent des différences qu'il est nécessaire de noter, dans l'intérêt du diagnostic et du traitement.

Pneumonie aiguë primitive. Début. Tantôt les symptômes locaux ouvrent la scène; tantôt, au contraire, ils sont précédés de phénomènes généraux plus ou moins intenses. Des relevés de M. Grisolle il résulte que cette dernière forme de début se

rencontre chez le quart des malades environ. En général, ces *prodromes* consistent dans un sentiment de malaise, une diminution plus ou moins notable de l'appétit et des forces, de l'abattement, des douleurs lombaires, une sensibilité très grande au froid extérieur, des frissons erratiques. Ces symptômes ne sont pas ordinairement tous réunis, mais il en existe plusieurs à la fois. D'autres fois, mais bien plus rarement, ce début par symptômes généraux est beaucoup plus frappant, et il existe un mouvement fébrile intense, alors que l'examen le plus attentif ne fait encore découvrir aucune lésion du poumon. Cette lésion serait-elle trop profonde pour être accessible à nos moyens d'exploration ? Ce n'est là qu'une supposition gratuite ; car, dans les phlegmasies où les altérations locales peuvent être aperçues, on trouve également des cas qui débutent par des phénomènes généraux. Ce sont les pneumonies de ce genre qui ont motivé la dénomination de *fièvres péripneumoniques*, employée par F. Hoffmann et d'autres, et qui ne paraîtra certainement pas, aujourd'hui que les faits ont été bien observés, aussi ridicule qu'elle le paraissait il y a quelques années. C'est aussi dans des cas semblables que M. Andral, examinant le sang de la saignée, et le trouvant plus riche en fibrine qu'à l'état normal, a annoncé l'apparition d'une phlegmasie dont il ne pouvait soupçonner le siége.

Dans les cas où ces symptômes précurseurs de longue durée n'existent pas, il y a néanmoins, au début, un phénomène très remarquable : c'est un frisson plus ou moins intense, qui manque cependant quelquefois. Suivant MM. Hourmann, Dechambre et Grisolle, le frisson manque surtout dans les pneumonies d'automne et d'été. On ne peut constater sa présence chez les enfants. Ce frisson varie depuis une simple horripilation jusqu'à un sentiment de froid intense, avec claquement de dents. Parfois aussi, peu de temps avant l'apparition des symptômes thoraciques, on constate l'existence d'une céphalalgie plus ou moins violente, avec douleurs contusives des membres, perte de l'appétit, nausées, vomissements, et très rarement du délire.

Quelquefois, mais principalement chez les vieillards, le début de la maladie a lieu d'une manière *latente*, et n'est guère marqué que par du malaise et de la faiblesse. Chez les enfants, la fièvre, l'agitation et la rapidité de la respiration annoncent seules l'invasion de la pneumonie.

Symptôme de la pneumonie confirmée. La *douleur* du thorax, qui occupe le plus souvent le mamelon et la base de la poitrine, mais qui peut exister dans beaucoup d'autres points, varie suivant les sujets et suivant l'époque de la maladie. Au début, elle est ordinairement lancinante et pongitive ; plus tard, elle est profonde et contusive, et présente toujours ces derniers caractères chez un assez bon nombre de sujets. Son étendue est variable. Dans le plus grand nombre des cas, elle est assez éloignée du point occupé par l'inflammation. Elle augmente ordinairement par l'inspiration et la toux, et gêne les mouvements des parois du thorax. Dans plus de la moitié des cas, la pression l'exaspère d'une manière notable. Chez les vieillards et chez les adultes, cette douleur se montre avec la même fréquence. Suivant MM. Rilliet et Barthez, elle a lieu moins souvent chez les enfants.

En même temps la *respiration* s'accélère. Les cas où il n'en est pas ainsi sont de très rares exceptions. Chez les adultes, le nombre des inspirations varie ordinairement de 30 à 50 ; chez un petit nombre, on en compte davantage. On les a vues s'élever à 80 ; ce sont là des exceptions. Chez les enfants nouveau-nés, le nombre

des inspirations varie ordinairement de 30 à 36 ; mais quelquefois l'anhélation est extrême et la respiration est irrégulière. De deux à cinq ans, on peut compter de 30 à 80 inspirations, et à l'âge de six à quinze ans, on en compte de 24 à 68 (Rilliet et Barthez). D'après les recherches de M. Grisolle, l'intensité du point de côté, le siége de la pneumonie au sommet des poumons, la gravité de la maladie ne sont nullement les causes de la fréquence plus ou moins grande de la respiration. Il n'en est pas de même de l'étendue de l'inflammation, qui est en rapport direct avec elle. L'état de grossesse, un vice de conformation du thorax, en un mot tout ce qui rend la respiration pénible, même chez un sujet dont les poumons sont sains, augmente l'intensité de ce symptôme.

La *gêne de la respiration* peut être excessive, et les malades éprouvent quelquefois un sentiment de suffocation ; mais ce phénomène n'a guère lieu que lorsque la pneumonie s'est développée et étendue très rapidement. Ordinairement la gêne de la respiration est modérée. La sensation qu'éprouvent les malades n'est assez souvent pas en rapport avec ce qu'observe le médecin. On voit des sujets qui paraissent avoir une dyspnée extrême, chez lesquels on compte plus de quarante inspirations, et qui, ne se plaignant d'aucune gêne, ont les mouvements faciles et la parole libre. D'autres, au contraire, éprouvent une gêne très grande, avec un nombre modéré d'inspirations.

Un sentiment d'*oppression* et parfois de *constriction* dans la poitrine se joint le plus souvent aux symptômes précédents.

La *toux* est un symptôme constant ; elle apparaît, dans la grande majorité des cas, au début même de la maladie. Rarement quinteuse, elle est moins pénible, moins déchirante que dans le catarrhe pulmonaire ; elle n'augmente pas non plus de fréquence, d'une manière aussi sensible, le soir et la nuit. En général, sa fréquence est en rapport avec l'étendue de l'inflammation, et sa violence moins grande chez les vieillards et chez les jeunes enfants que chez les adultes.

La toux détermine promptement l'expectoration de *crachats* qui ne sont pas toujours caractéristiques dès le premier jour, quoiqu'il en soit souvent ainsi. Dans la majorité des cas, ces crachats apparaissent dans les trois premiers jours. Ils sont visqueux, demi-transparents, finement aérés, et présentent surtout une couleur qui les distingue. Ils ont souvent une teinte de *brique pilée*, une couleur de *rouille*. D'autres fois, ils sont *orangés*, d'un *jaune citron*, *safranés*, de couleur *marmelade d'abricot*, *sucre d'orge*, *agate*, etc. Les nuances qu'ils peuvent présenter sont nombreuses, car tout dépend de la plus ou moins grande quantité de sang qui est combinée avec le mucus sécrété. Chez quelques malades les crachats ont une couleur *verte* plus ou moins foncée ; chez d'autres, ils ressemblent à du *jus de réglisse* ou de *pruneaux*. Toutes ces espèces doivent être notées avec grand soin ; car ces crachats, excepté ceux qui sont colorés en vert, sont pathognomoniques de la pneumonie. Leur absence, il est vrai, ne prouve pas absolument que cette maladie n'existe pas, mais leur présence en constate l'existence. Elle était le seul signe d'une grande valeur que possédassent les anciens pour diagnostiquer la pneumonie.

La *quantité* des crachats est très variable. Quelquefois on n'en trouve qu'un ou deux attachés au fond du vase, et qui ont été rejetés avec plus ou moins de difficulté ; d'autres fois ils sont abondants, et couvrent le fond du crachoir d'une nappe demi-transparente, *visqueuse*, qui ne se détache pas d'abord lorsqu'on renverse

le vase, qui se sépare ensuite dans plusieurs points, en laissant des prolongements adhérents dus à la viscosité de la matière, et qui enfin tombe quelquefois en masse lorsque la force de cohésion est vaincue. Il n'est pas très rare d'observer une expectoration abondante d'un liquide semblable à de la salive battue, au milieu duquel on découvre quelques crachats caractéristiques et offrant les couleurs particulières et la demi-transparence indiquées plus haut.

D'après les recherches de M. Grisolle, les crachats rouillés, orangés, jaunâtres, surviennent d'abord; les crachats verts, jus de réglisse ou de pruneaux leur succèdent.

J'ai dit plus haut que ces crachats caractéristiques n'existaient pas toujours; chez quelques sujets on voit, en effet, la matière de l'expectoration ne présenter, dans tout le cours de la maladie, d'autres caractères que ceux du simple catarrhe, ou, plus rarement, l'expectoration rester nulle. Chez les vieillards, cette exception est plus fréquente que chez les adultes. Chez les enfants très jeunes, l'expectoration manque entièrement; ce n'est guère qu'après l'âge de six ans qu'elle commence à se montrer, et alors elle est sanguinolente ou *rouillée*, comme chez l'adulte. Toutefois j'ai noté chez les nouveaux-nés (1) l'existence d'une *écume sanguinolente* très remarquable. Le docteur Morris (2) a observé le même symptôme chez deux jumeaux de trois mois, dont l'un a succombé, ce qui a permis de constater l'existence des lésions de la pneumonie. C'est donc à tort que quelques auteurs ont nié l'existence de ce signe. On ne saurait trop étudier ce symptôme important.

M. le docteur Remak (de Berlin) (3) a fait sur les crachats de la pneumonie des études qui l'ont conduit à des résultats très curieux. Dans cinquante cas qu'il a observés avec soin, il a vu, dans les crachats, de petites *concrétions bronchiques*, ramifiées, fibreuses. Quelquefois ces concrétions ramiformes sont visibles, sans aucune préparation; mais, pour les bien voir, il faut mettre les crachats dans l'eau, et les y laisser quelque temps, puis les étaler sur une plaque de verre teinte en noir. Suivant M. Remak, ce serait là un signe pathognomonique de la pneumonie arrivée à la période qu'il nomme période d'exsudation. Il y aurait donc toujours, à un certain moment, une espèce de petite bronchite pseudo-membraneuse, et l'on pourrait admettre que dans les cas où, comme dans l'épidémie de grippe de 1837, on a trouvé de grandes concrétions pseudo-membraneuses obstruant les bronches, il n'y avait qu'une exagération de cet état ordinaire des poumons dans la pneumonie.

On n'obtient aucun signe de quelque valeur de l'*inspection* et de la *mensuration* de la poitrine. Il n'en est pas de même de la *percussion*, et surtout de l'*auscultation*.

La *percussion*, dans les premiers jours, ne donne quelquefois que des résultats assez peu prononcés; mais bientôt une matité plus ou moins marquée se manifeste dans le point occupé par l'inflammation. Suivant M. Grisolle (*loc. cit.*, p. 229), la sensation de résistance perçue par le doigt qui percute est au moins aussi utile pour le diagnostic que l'obscurité du son, attendu qu'elle fait découvrir un état pathologique du poumon là où le son ne diffère que par des nuances extrêmement difficiles à saisir. Le praticien doit donc chercher avec soin à constater cette sensation. Lorsque le poumon est fortement hépatisé, la résonnance de la poitrine est si différente dans le point malade et aux environs, qu'on ne peut s'y tromper; mais,

(1) *Clin. des mal. des enf. nouv.-nés*, art. *Pneumonie*, 1838, p. 40.
(2) *Philad. med. Examiner*; 1846.
(3) *Diagnostische und pathogenetische Untersuchungen*, etc.; Berlin, 1845.

dans une pneumonie commençante, ce n'est qu'une obscurité du son qui est plus difficile à saisir. L'attention de percuter comparativement la poitrine dans les points correspondants, attention utile dans tous les cas, devient alors absolument indispensable. C'est le seul moyen de distinguer des nuances très légères et néanmoins très utiles à connaître pour diriger le traitement. Lorsque la lésion est très profonde, la percussion peut donner des résultats négatifs; mais les cas où il en est ainsi dans toute la durée de la maladie sont entièrement exceptionnels. Chez les enfants, la percussion ne fournit assez souvent que des signes légers; mais, en ayant soin de percuter comparativement les deux côtés du thorax, nous sommes parvenus, M. Vernois et moi, à des résultats à peu près semblables à ceux qu'on obtient chez l'adulte. Ce n'est guère que dans la pneumonie lobulaire que la percussion est entièrement inutile, et non, comme on le croyait il y a dix ans, dans toutes les pneumonies des enfants.

L'*auscultation* a plus d'importance encore. Si l'on est appelé dès le début, lorsque la fièvre vient de se déclarer, et lorsque la percussion ne donne encore aucun signe positif, on entend déjà, en appliquant l'oreille sur le thorax, une altération du bruit respiratoire du côté affecté; ce bruit est moins net, moins doux que du côté opposé. Bientôt il s'y joint du *râle crépitant* fin, très sec, à bulles égales, qui se fait entendre à la fin de l'inspiration. Il faut prendre garde de confondre ce râle avec un bruit semblable qu'on perçoit dans les premières inspirations, chez des sujets qui sont restés longtemps couchés et dans un repos absolu. Ce dernier bruit, qui paraît être produit par un simple déplissement des vésicules, ne se renouvelle pas. Assez fréquemment le râle crépitant est moins sec, ses bulles sont moins égales, et en général plus grosses. Il n'y a point alors de différence bien sensible entre ce bruit anormal et le râle sous-crépitant du catarrhe pulmonaire, dont on ne le distingue que parce qu'il n'a lieu que d'un côté, circonstance importante que je rappellerai à l'article du diagnostic.

Bientôt ce râle est remplacé par la *respiration bronchique*, et en même temps la voix, qui n'avait jusqu'alors présenté qu'un retentissement un peu plus marqué, prend également le caractère bronchique; il y a *bronchophonie*. Il semble à l'observateur, quand il ausculte la respiration et la voix, que de la poitrine du malade un souffle sec et une voix vibrante parviennent à son oreille à travers un tube à parois résistantes. Cependant la voix résonnante est diffuse, non articulée, et ne traverse pas le stéthoscope comme la pectoriloquie parfaite. Laënnec a divisé le souffle bronchique en *souffle dans l'oreille* et *souffle voilé*, suivant que ce bruit traverse plus ou moins facilement les parois thoraciques. C'est là une simple nuance qui tiendrait, suivant cet auteur, à ce que, dans le second cas, une couche plus ou moins épaisse de tissu non hépatisé est interposée entre le point où se produit le souffle et l'oreille de l'observateur.

En ayant égard aux deux temps de la respiration, l'*inspiration* et l'*expiration*, Jackson, de Boston, a le premier constaté que la respiration bronchique se manifeste d'abord dans ce dernier temps; l'expiration devient plus forte, et augmente de durée sans que l'inspiration présente encore rien de remarquable.

Aux limites des points occupés par la respiration bronchique et la bronchophonie, on trouve très souvent ce même râle crépitant ou sous-crépitant qui avait précédé ces signes; c'est qu'une nouvelle partie du poumon est envahie et va passer par

les mêmes degrés d'inflammation. Chez quelques malades observés par M. Grisolle, la transition de la crépitation à la respiration bronchique ne se faisait pas d'une manière aussi simple. Elle avait lieu par l'apparition d'un bruit particulier, comparé par cet auteur à celui que produit un morceau de taffetas neuf qu'on déchire. Il est bon d'être prévenu de l'existence de ce *bruit de taffetas*, afin de ne pas croire, en pareil cas, à l'existence d'une maladie différente de la pneumonie.

Plusieurs circonstances rendent difficile la manifestation de ces phénomènes. Quelques sujets respirent mal, retiennent leur haleine, sans qu'on puisse les en empêcher. Il faut alors les faire tousser; car, pendant les grandes inspirations qui précèdent et qui suivent la toux, le bruit anormal se produit avec facilité. Quelquefois même, par ce moyen, on rend évident un râle qui ne se produit pas lorsque le sujet respire très bien. Chez les enfants, la respiration précipitée que leur donne la crainte rend l'altération du bruit respiratoire plus notable. Quant au retentissement de la *voix*, on ne peut, chez les très jeunes enfants, l'étudier qu'au moyen du *cri*, qu'il faut toujours noter.

Chez un petit nombre de sujets, il n'existe ni respiration bronchique ni bronchophonie, mais bien une *absence* du bruit respiratoire et du retentissement de la voix, dans les points occupés par la matité. On a vainement cherché à se rendre compte de cette espèce d'anomalie, que M. Grisolle a maintes fois observée chez l'adulte, et que j'ai constatée chez des enfants nouveau-nés. M. Stokes (*loc. cit.*, p. 326) pense que ce phénomène est dû à l'envahissement de toute l'étendue du poumon, ce qui enlève à l'organe la faculté de se dilater pour admettre l'air. Mais M. Grisolle a constaté l'existence de la respiration bronchique dans des cas semblables, tandis que l'absence de la respiration a plusieurs fois coïncidé avec une hépatisation de médiocre étendue.

S'il faut en croire M. W. Boding (1), il existe un signe particulier de la *pneumonie du sommet*. C'est un râle muqueux ou crépitant très fort, entendu à trois ou quatre pieds de distance, semblant venir du larynx et n'en venant pas, mais bien du sommet du poumon. M. Boding a vu la mort survenir toutes les fois que ce signe s'est manifesté. Il faut nécessairement qu'il y ait eu, dans les cas observés par cet auteur, quelque chose d'exceptionnel, car tous les jours nous voyons des pneumonies du sommet qui ne présentent pas ce signe.

Les *enfants* et les *vieillards* ont une crépitation moins sèche, moins fine, moins égale que les adultes. Chez les nouveaux-nés, la respiration bronchique paraît, dans un certain nombre de cas, remplacée par un affaiblissement du bruit respiratoire; à un âge plus avancé, elle ne se montre assez fréquemment que dans l'expiration. Enfin il est quelques cas bien constatés où l'auscultation ne fournit aucun signe. Les moyens de diagnostic sont alors les mêmes que ceux que possédaient les anciens, et que le praticien ne doit pas négliger.

Pour compléter l'exposition des signes physiques de la pneumonie, je vais mentionner l'*augmentation des vibrations thoraciques* au niveau des points hépatisés. M. Monneret (2), dans d'intéressantes recherches sur la valeur de ce signe, a fait voir le parti qu'on peut en tirer.

(1) *The Amer., Journal, of the med. sc.*, juillet 1847.
(2) *Mém. sur l'ondulation pectorale*, etc. (*Revue méd.-chir. de Paris*).

Pendant que les phénomènes qui viennent d'être décrits se manifestent, les symptômes généraux qui existaient au début persistent, et il peut en survenir de nouveaux. Le *mouvement fébrile* se maintient ou fait des progrès ; le pouls est en général ample, élevé, peu dépressible ; quand il est très fréquent, il est aussi moins développé. Sa fréquence est, en général, en raison directe du nombre des inspirations. Chez les enfants et chez les vieillards, l'accélération du pouls demande parfois, pour être saisie, plus d'attention que chez les adultes.

On ne trouve rien de remarquable du côté du cœur. La *chaleur* de la peau est plus ou moins élevée, quelquefois âcre et brûlante, bien plus souvent humide et coïncidant avec des sueurs plus ou moins abondantes. L'*appétit* est perdu, la *langue* est blanche, pâteuse, couverte d'un enduit plus ou moins épais ; dans les cas les plus graves, elle est sèche, aride, dure à sa surface, rouge, brunâtre, comme brûlée. D'après les recherches de MM. Hourmann, Dechambre et Grisolle, cet aspect de la langue se montre bien plus fréquemment chez le vieillard que chez l'adulte; la pneumonie est aussi bien plus grave chez le premier. La *soif* est presque toujours vive. Rarement les *vomissements* du début persistent ; il y a quelquefois des nausées. La *diarrhée* n'a lieu que dans la minorité des cas ; elle est ordinairement légère et s'accompagne de faibles douleurs abdominales. La *céphalalgie*, symptôme du début, se prolonge pendant plusieurs jours ; elle est quelquefois très violente, occupe principalement le front, et s'étend parfois à toute la tête. L'*insomnie*, l'*agitation* la nuit, quelques *étourdissements*, se remarquent quelquefois. Rarement on observe du délire, et surtout du coma. Quelques malades ont une ou plusieurs *épistaxis*. Chez tous les sujets les *forces* sont diminuées ; quelques uns éprouvent un affaiblissement beaucoup plus considérable que ne semblerait le comporter l'étendue de l'inflammation. La *face* est, chez un grand nombre, rouge et animée ; la coloration est surtout vive aux pommettes. Néanmoins il ne faut pas regarder ce signe comme très important, ainsi que le faisaient les anciens; car : 1° dans un nombre assez considérable de cas, on trouve la face pâle dans tout le cours de la maladie ; et 2° quand la maladie fait des progrès, la lividité, la pâleur, une coloration jaunâtre et terreuse, succèdent à la rougeur : c'est ce qu'on observe surtout lorsque la mort doit avoir lieu ; les observateurs récents n'ont point noté, sur la face des enfants atteints de pneumonie, les traits que M. Jadelot avait indiqués comme appartenant en propre à cette maladie.

Les malades se tiennent presque toujours couchés sur le dos, surtout lorsque les symptômes, et en particulier la douleur, sont très intenses, et que la maladie a fait de grands progrès.

Les symptômes que je viens de passer en revue sont communs aux deux premières des trois périodes admises par plusieurs auteurs, et dont je parlerai, à propos de la marche de la maladie. Parvenue au second de ces deux degrés, la maladie offre des phénomènes différents, suivant que la guérison doit survenir, que la mort doit avoir lieu, ou que le troisième degré doit se produire.

Dans le premier cas, les symptômes fébriles commencent par se calmer notablement ; le pouls et la chaleur tombent, l'agitation disparaît, le sommeil est meilleur, la toux devient plus grasse, l'expectoration est plus facile ; les crachats cessent ordinairement d'être sanglants ; ils deviennent blancs, grisâtres ; ils sont plus largement aérés ; le point de côté disparaît. Si alors on ausculte jour par jour la poi-

trine, on sent diminuer la respiration bronchique ; l'inspiration devient d'abord pure, puis l'expiration, en sorte que le souffle tubaire persiste plus longtemps dans la seconde partie de la respiration par laquelle il a commencé. Ordinairement on entend, dans les parties envahies les dernières, un râle crépitant ou sous-crépitant plus humide que celui qui existait d'abord, et qu'on a appelé *râle crépitant de retour*. Ce bruit gagne de proche en proche, en abandonnant les points qu'il a d'abord occupés, et où le murmure respiratoire revient à son état naturel ; de sorte que les points envahis les derniers par l'inflammation sont les premiers guéris, et que la pneumonie se dissipe en sens inverse de son apparition. Cette marche mérite d'être notée, nous la retrouverons dans les autres phlegmasies. Enfin, la face reprend son expression naturelle, et le malade entre en convalescence.

Lorsque la mort survient dans le cours de cette seconde période, les symptômes décrits plus haut conservent leur intensité, sauf la douleur, qui disparaît ordinairement. La gêne de la respiration augmente, l'expectoration devient plus difficile ; les crachats sont petits, d'un gris sale, quelquefois striés, et même entièrement purulents. Au souffle bronchique se joint un gros râle muqueux ; la face devient livide, terreuse ; les traits se décomposent, la peau se couvre d'une sueur visqueuse, les extrémités se refroidissent, le pouls perd de sa force, augmente de fréquence, et devient irrégulier. Enfin le *râle trachéal* survient quelque temps avant la mort ; et, au milieu de ces terribles symptômes, l'intelligence conserve presque toujours son intégrité.

Pneumonie consécutive. Cette espèce de pneumonie est caractérisée par des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être décrits ; mais quelques uns manquent très souvent, et d'autres sont notablement modifiés. Ainsi le point de côté est beaucoup plus rare et généralement moins intense. La dyspnée est bien moins en rapport avec l'étendue de l'inflammation que dans la pneumonie primitive. La toux, moins violente, manque rarement. Les crachats caractéristiques ne s'observent, au contraire, que dans un petit nombre de cas. Les signes stéthoscopiques sont les plus importants. La crépitation est ordinairement plus grosse et plus humide ; le souffle tubaire existe lorsque les sujets ne sont pas trop affaiblis. Enfin, il y a une fièvre plus ou moins intense.

Je n'en dirai pas davantage sur cette pneumonie, lésion secondaire ou complication, que j'ai voulu seulement mentionner ici à cause de sa gravité.

Formes diverses de la pneumonie primitive. Depuis longtemps, mais surtout depuis le siècle dernier, on a beaucoup insisté sur les diverses formes que peut affecter la pneumonie. Je vais d'abord faire connaître celles qui ont été le plus généralement admises, puis je dirai quelle est l'importance qu'on doit leur accorder.

La forme principale, celle à laquelle appartient spécialement la description précédente, est la pneumonie purement inflammatoire, la *pneumonie franche*. Mais, dans certains cas, on observe, soit dans les symptômes, soit dans la marche de la maladie, soit dans les circonstances qui ont entouré son développement, des particularités qui, aux yeux de beaucoup de médecins, lui donnent un caractère nouveau. Ainsi, lorsque la face est jaunâtre, la tête lourde, la soif peu vive, la langue jaune ou verdâtre, et la bouche amère, avec un sentiment de plénitude à l'estomac, lorsqu'il y a des évacuations bilieuses, on dit que la *pneumonie est bilieuse*. Tout le monde sait que Stoll (1) a spécialement fixé son attention sur

(1) *Rat. med.*, pars. I, p. 6.

cette forme, qui, ainsi que le fait remarquer M. Grisolle, avait été déjà signalée par Bianchi (1). Mais Laënnec, dont les éléments de diagnostic étaient bien plus précieux que ceux de Stoll, trouvait que la pneumonie bilieuse était devenue fort rare. Depuis lors, tous les bons observateurs ont constaté la vérité de cette assertion de Laënnec. N'y a-t-il là qu'une simple modification de la constitution médicale? qui pourrait le penser? M. Martin-Solon (2) a regardé comme un signe précieux de cette forme de pneumonie la présence de la bile dans les urines, décelée par la coloration en vert produite à l'aide de l'acide nitrique.

Quand les symptômes généraux sont extrêmement intenses relativement à l'étendue de l'inflammation, quand il survient une grande faiblesse, des étourdissements, une vive agitation, du délire, etc., on dit que la pneumonie affecte la *forme typhoïde*, et on lui donne le nom d'*ataxique*, *adynamique*, etc., suivant les symptômes qui prédominent.

Si la maladie survient dans le cours d'un catarrhe pulmonaire, et si surtout il règne une épidémie de bronchite ou de grippe, la pneumonie prend le nom de *catarrhale*. La *pneumonie puerpérale* est celle qui survient chez les femmes en couches.

On a aussi observé une *pneumonie intermittente* et *rémittente*, dont je parlerai à l'occasion de la marche de la maladie. La *pneumonie traumatique* est celle qui succède soit à une violence extérieure, soit à l'introduction d'un corps étranger dans les poumons.

Enfin, on a été jusqu'à décrire des pneumonies *rhumatiques*, *arthritiques* et *vermineuses*. Mais, comme le fait remarquer M. Grisolle, on n'admet plus aujourd'hui, avec raison, l'existence de ces formes, fondées sur des faits sans valeur réelle.

Maintenant, quelle importance faut-il attacher à toutes ces distinctions? Ces particularités ont-elles une si grande valeur que le praticien doive se laisser guider entièrement par elles? Je ne le pense pas. Certes, si les diverses circonstances que je viens d'énumérer donnaient à la maladie un caractère nouveau, il faudrait les regarder comme autant d'indications à saisir; mais en est-il réellement ainsi? La pneumonie bilieuse, que présente-t-elle de si remarquable qui ne se retrouve, quoiqu'à un moindre degré, dans les autres? N'en est-il pas de même de la pneumonie typhoïde? N'y a-t-il pas, dans toutes les pneumonies, une agitation, un abattement, une faiblesse plus ou moins marqués? Et d'ailleurs les choses ne se passent-elles pas de la même manière dans les autres phlegmasies, sans qu'on y attache une aussi grande importance? La pneumonie catarrhale diffère-t-elle aussi essentiellement de la pneumonie franche que le pense M. Grisolle? Dans l'épidémie de grippe de 1837, il a trouvé, il est vrai, quelques particularités assez intéressantes; mais en même temps M. Louis constatait que les pneumonies soumises à son observation ne différaient pas sensiblement des pneumonies ordinaires.

En résumé, je ne crois pas que, sous le rapport pathologique, les diverses formes de la pneumonie primitive aient autant d'importance qu'on a voulu leur en accorder; nous verrons s'il en est autrement sous le rapport du traitement: question bien plus intéressante.

Formes de la pneumonie consécutive. Il n'en est que deux qui méritent d'être mentionnées, ce sont: la *pneumonie lobulaire* et la *pneumonie métastatique*. La

(1) *Histor. hepatica*; Genève, 1725, t. I, p. 235.
(2) *De l'albuminurie*; Paris, 1838, p. 432.

première, qui affecte presque exclusivement les enfants, doit ses caractères particuliers à son siége. Elle est, en effet, constituée par des noyaux d'hépatisation disséminés dans les poumons; il en résulte que la percussion ne fait entendre aucune matité, et que l'auscultation ne fait reconnaître d'autre bruit qu'un râle sous-crépitant disséminé comme les noyaux d'hépatisation. La pneumonie métastatique est encore plus dépourvue de tout symptôme propre; mais comme elle ne constitue qu'une complication, je n'y insisterai pas.

Cette absence de signes diagnostiques me conduit à dire un mot des *pneumonies latentes*. Les anciens, qui étaient privés de l'auscultation et de la percussion, devaient trouver beaucoup plus que nous des pneumonies latentes. Ces deux moyens d'exploration nous servent, en effet, non seulement à nous faire diagnostiquer les pneumonies, mais encore à nous faire apprécier la valeur de quelques symptômes obscurs, tels qu'une toux peu violente, un peu de dyspnée, etc., qui seraient passés inaperçus. Mais dans les cas de pneumonie lobulaire, les signes physiques manquant presque entièrement, la pneumonie peut encore être latente dans toute la force du mot. Chez les sujets affectés de délire, chez les aliénés, elle peut également se développer sans donner des signes bien tranchés, comme toutes les autres phlegmasies; aussi doit-on, au moindre soupçon, recourir avec empressement à l'auscultation et à la percussion, qui seules peuvent fournir des renseignements utiles.

Il peut arriver que les malades, n'éprouvant qu'un malaise supportable, ou redoutant l'hôpital, continuent leurs occupations pendant plusieurs jours avec une pneumonie assez considérable. C'est ce qu'a vu M. Saucerotte (1) sur des militaires; c'est aussi ce qu'on voit tous les ans à la Salpêtrière. Mais, dans ce cas, la pneumonie n'est pas, à proprement parler, latente, puisque le médecin peut assez facilement la découvrir; elle est ordinairement cachée par le malade, qui a assez de force pour cela.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la pneumonie est rapide. Le plus souvent elle présente des exacerbations plus ou moins marquées le soir. Parfois même il y a une *rémittence*, et même une *intermittence* bien caractérisées. Le *frisson* par lequel débutent les accès, et la régularité de ces accès le prouvent. Ce n'est guère que dans les pays marécageux ou dans certaines épidémies que la pneumonie affecte la *forme intermittente*, qui se présente ordinairement sous le type quotidien ou tierce. Il est bon toutefois de ne pas perdre de vue la possibilité de son existence, car la vie du malade peut en dépendre. C'est d'ailleurs un précepte qu'il ne faut jamais oublier, que celui d'avoir toujours présente à l'esprit l'intermittence possible de la maladie qu'on observe.

La *durée* totale de la pneumonie ne dépasse pas ordinairement vingt jours; il est bien rare qu'elle soit au-dessous de sept. Il faut se défier de ces histoires de pneumonies emportées en deux ou trois jours, et qui, presque toujours doubles, n'arrivent cependant point au deuxième degré. On verra à l'article *Diagnostic* qu'on a souvent, dans ces cas, confondu le râle sous-crépitant de la bronchite avec le râle de la pneumonie. Le passage du premier au second degré, et du second au

(1) *Gaz. médicale de Paris*, 1846, pag. 969.

troisième, ne dure ordinairement pas plus de trois ou quatre jours; quelquefois il s'accomplit en moins de temps.

Dans le plus grand nombre des cas, la pneumonie se termine par la guérison. Il y a alors *résolution* de l'inflammation, donnant lieu aux phénomènes indiqués plus haut. Souvent les signes fournis par la percussion et l'auscultation persistent longtemps après la disparition de tous les autres symptômes. Cette *terminaison* a bien rarement lieu dans le cours du premier degré; elle succède ordinairement au second, quelquefois au troisième. Il est extrêmement rare que la maladie passe à l'état chronique. La pneumonie est une des phlegmasies qui se terminent le plus souvent par la mort. C'est encore dans le cours du second et du troisième degré que survient la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ces lésions ont été, dans ces derniers temps, étudiées avec le plus grand soin et décrites avec les plus grands détails. Ne perdant pas de vue le but de cet ouvrage, je me contenterai de les énumérer rapidement.

Depuis Laënnec, on admet généralement trois degrés dans la pneumonie : le *premier* consiste dans un simple engouement du poumon ; le *second*, dans l'hépatisation rouge (induration rouge de Laënnec, ramollissement rouge de M. Andral ; et le *troisième*, dans l'hépatisation grise (ramollissement gris de M. Andral, induration grise de Laënnec). M. Stokes (1) a décrit deux nouveaux degrés ; j'en parlerai plus loin. Décrivons d'abord ceux que je viens d'indiquer.

L'*engouement*, nom donné par Bayle (2) au premier degré de l'inflammation du poumon, est caractérisé par une couleur livide ou lie de vin, par une augmentation de pesanteur, l'absence de toute crépitation, la perte de l'élasticité propre à l'organe, une plus grande cohésion, l'écoulement à la coupe d'un liquide séro-sanguinolent spumeux, et un commencement de friabilité. Cependant la texture celluleuse du poumon n'est pas détruite, et les portions de tissu engoué surnagent encore lorsqu'on les plonge dans l'eau.

Dans le premier degré de l'*hépatisation*, la coloration de l'organe est *rouge*, ordinairement marbrée à l'intérieur, où les cloisons interlobulaires sont apparentes. Le tissu hépatisé est lourd, compacte, très friable; des fragments mis dans l'eau gagnent le fond. Si on l'incise, il n'en sort qu'une quantité médiocre de liquide épais, rouge, non aéré. Sur la surface résultant de l'incision, on voit une multitude de petites granulations, toutes d'une grosseur à peu près égale, arrondies, légèrement aplaties, et qui sont plus apparentes encore quand on déchire le tissu enflammé.

Les mêmes caractères se montrent dans le second degré, c'est-à-dire dans l'*hépatisation grise*, ou mieux *infiltration purulente*. La différence la plus notable est que le tissu malade a pris une couleur grise ou jaunâtre, qui d'abord se montre par points disséminés, lesquels finissent par se réunir. Si l'on pratique une incision dans les points occupés par cette altération, il s'en échappe un liquide épais, opaque, d'une odeur fétide : c'est le pus plus ou moins mélangé de sang et de mucus qui infiltrait l'organe. La friabilité est très grande; il suffit d'une faible pression pour réduire le tissu en pulpe.

(1) *A treatise on the diagn. and treatement of dis. of the chest.*, part. I, p. 311.
(2) *Rech. sur la phth. pulm.*, obs. XLVII.

Il est une quatrième espèce de lésion sur la nature de laquelle on a élevé quelques doutes : c'est celle qui a reçu le nom de *splénisation*. Le tissu est d'un rouge vineux, flasque, très friable, gagne le fond de l'eau, laisse écouler beaucoup de liquide rouge foncé, et n'offre point ordinairement de granulations. M. Mériadec Laënnec (1) regarde cet état du poumon comme le résultat d'une congestion hémorrhagique; mais M. Grisolle l'a trouvé dans des cas où tous les symptômes de la pneumonie avaient existé. C'est donc là une forme anatomique rare de la pneumonie.

A ces degrés, M. Stokes en a, ai-je dit, ajouté deux nouveaux. Le premier précède même l'engouement. Voici comment il est caractérisé : « Le poumon est plus sec qu'à l'état naturel; il présente une forte injection artérielle. Point d'effusion de sang dans les cellules. » M. Stokes a trouvé des signes qui, pendant la vie, indiquent ce premier degré de la pneumonie : c'est une respiration puérile très intense, qui précède le râle crépitant. Sous le point de vue pratique, cette distinction n'a pas une importance majeure, car ce phénomène est de très courte durée, et l'on n'est, pour ainsi dire, jamais appelé à temps pour le constater. Quant au cinquième degré de M. Stokes, c'est l'abcès du poumon, que les autres auteurs ont rangé dans les terminaisons de la pneumonie.

Chez les enfants et les vieillards, le tissu du poumon enflammé offre quelques particularités. Chez les nouveaux-nés, j'ai trouvé la surface des incisions lisse comme un marbre poli, sans aucune trace de granulation. On m'a fait observer que j'avais négligé de déchirer le poumon, ce qui est vrai. A l'aide de ce procédé, MM. Rilliet et Barthez ont, sur des poumons d'enfants d'un âge un peu plus avancé, constaté l'existence des granulations, lors même que le tissu était lisse à la coupe. Quant aux vieillards, MM. Hourmann et Dechambre ont trouvé, chez un quart des sujets environ, le tissu malade exempt de granulations, comme chez les enfants. Sur plus de trente autopsies faites à la Salpêtrière, j'ai toujours constaté la présence des granulations dans tous les points hépatisés : je n'y ai pas vu de différence avec ce qu'on observe chez les adultes. Les faits observés par MM. Hourmann et Dechambre n'en existent pas moins; mais peut-être de nouvelles recherches en diminueront-elles encore la proportion.

Le *siége* de ces lésions est important à considérer. C'est le côté droit qui est le plus fréquemment envahi, et dans une proportion considérable : environ comme 2 est à 1. Il est rare que la pneumonie soit double, et il est douteux qu'on l'ait rencontrée telle au début. Les progrès de la maladie amènent ordinairement seuls ce résultat. La pneumonie double est beaucoup plus fréquente chez les enfants et les vieillards que chez les adultes. Le lobe inférieur est plus souvent affecté que les autres; puis vient le sommet. Chez les enfants et les vieillards, la proportion des pneumonies du sommet augmente.

Les noyaux d'hépatisation disséminés constituent la *pneumonie lobulaire*. Autour d'eux on trouve parfois, ainsi que l'ont constaté MM. Rilliet, Barthez et Grisolle, une fausse membrane blanche et résistante.

Abcès des poumons. Dans des cas proportionnellement très rares, mais dont on possède un certain nombre d'exemples, parce qu'on les a recherchés avec grand

(1) *Note du Traité d'auscultation*, par Laënnec, t. I, p. 396, 3e édit.

soin, il se forme, au lieu d'une simple infiltration purulente, de véritables collections de pus, des *abcès pulmonaires*. Tantôt très voisins de la plèvre, tantôt plus profonds, ces abcès ne sont pas symptomatiquement bien connus ; le signe le plus certain est un crachement abondant de pus, survenant après tous les symptômes de la pneumonie; mais il n'existe que dans les cas où l'abcès se vide dans les bronches. Quant aux signes stéthoscopiques indiqués par Laënnec (gros râle muqueux, pectoriloquie, souffle dans l'oreille, si l'abcès est superficiel), on en a très rarement constaté l'existence. Il serait donc inutile de décrire à part ces abcès et leur formation, et il suffit d'une rapide indication.

Ordinairement voisins de la plèvre, ces abcès varient beaucoup pour l'étendue; quelquefois petits comme un haricot, ils peuvent, dans d'autres cas, présenter un diamètre de 12 à 15 centimètres. Leurs parois sont irrégulières ; ils sont parfois traversés par des brides vasculaires et bronchiques, parfois tapissés par une fausse membrane, ordinairement friable, quelquefois assez consistante. Les parois ont, dans plusieurs cas, présenté un aspect gangréneux évident. Le pus contenu dans la cavité est bien lié, blanc, épais ; ou bien gris, non lié, fétide. L'abcès, suivant les recherches de M. Grisolle, occupe presque toujours le centre d'une hépatisation rouge ou grise assez étendue pour pouvoir expliquer à elle seule la mort des individus, « fait qui, ajoute cet auteur, est en opposition avec ce qu'on dit généralement, que pour qu'une pneumonie se termine par la formation d'un abcès, il faut que l'inflammation soit bornée à un espace très circonscrit. » (*Loc. cit.*, p. 50.)

Le docteur Williams Weir (1) a vu, dans un cas de pneumonie du côté gauche, un abcès du poumon qui s'est *ouvert à l'extérieur*. Le sujet ayant succombé, il a été constaté qu'il n'y avait pas de tubercules.

Les abcès *consécutifs* et *métastatiques* présentent quelques particularités ; mais il en sera question lorsque je traiterai des maladies dans lesquelles ils se produisent.

Ne pouvant entrer dans de plus grands détails sur ces questions d'anatomie pathologique si intéressantes et si bien étudiées, je renvoie le lecteur aux descriptions tracées dans ces dernières années, depuis celle de Laënnec, à laquelle on n'a ajouté que de simples particularités, jusqu'à celle de M. Grisolle, qui a mis en usage, avec le plus grand succès, outre ses nombreuses observations, les documents les plus importants.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Avant de présenter le diagnostic différentiel de la pneumonie, rappelons ce qui a été dit plus haut sur la valeur des principaux symptômes, et cherchons ceux qui sont réellement pathognomoniques. C'est dans les qualités physiques des crachats et dans le résultat de l'auscultation que ces signes ont été trouvés. Les crachats rouillés, orangés, sucre d'orge, abricot, safranés, ne se rencontrent que dans le cas d'inflammation du poumon ; ils sont donc pathognomoniques. Quant aux crachats jus de réglisse et de pruneaux, quelques médecins, et en particulier Laënnec, disent les avoir observés dans plusieurs autres maladies ; dans l'apoplexie pulmonaire, par exemple. D'autres, au contraire, tels que MM. Chomel, Andral, Gri-

(1) *Lond. and Edinb. monthly Journ.*, juin 1845.

solle, ne les ont vus que chez des pneumoniques. Pendant la durée de mon service à la Salpêtrière, je ne les ai également observés que dans cette maladie. Une ressemblance plus ou moins grande en aurait-elle imposé à Laënnec? Il est certain que le mélange du sang provenant des gencives chez les scorbutiques, et qui lui paraissait donner aux crachats un aspect identique avec les crachats jus de réglisse et de pruneaux, n'est pas difficile à distinguer. S'il y a des cas où l'on peut se tromper, ils sont au moins fort rares.

Parmi les signes stéthoscopiques, le seul qui soit véritablement pathognomonique est, ainsi que l'a démontré M. Grisolle, le râle crépitant, qu'il faut bien distinguer du râle sous-crépitant. Lorsqu'on le reconnaît à n'en pouvoir douter, à ses bulles très petites, sèches, égales entre elles, et n'existant que pendant l'inspiration, on peut être sûr qu'il y a une pneumonie; mais il s'en faut que le râle présente toujours des caractères aussi tranchés; souvent il se rapproche du râle sous-crépitant, ou bien il est confondu avec ce râle sous-crépitant lui-même. Alors il faut avoir égard à d'autres circonstances pour en déterminer la valeur avec précision; c'est ce que je montrerai à l'occasion du diagnostic différentiel.

La respiration bronchique et la bronchophonie, très bons signes diagnostiques quand on les apprécie à l'aide des circonstances où on les a vus se produire, ne sont cependant pas pathognomoniques, puisqu'elles peuvent se produire dans d'autres affections. Enfin, la toux, la dyspnée, la fièvre, etc., étant des symptômes communs à la plupart des maladies de poitrine, ce n'est que leur intensité et leur mode d'apparition qui peuvent leur donner de l'importance. Nous allons les retrouver au diagnostic différentiel.

Diagnostic différentiel. Une des maladies qu'on a le plus souvent confondues avec la pneumonie, c'est la *pleurésie.* Nous avons vu même que les médecins de l'avant-dernier siècle n'établissaient aucune différence essentielle entre ces deux affections. On les distingue aujourd'hui avec une grande facilité, dans la plupart des cas. L'existence du râle crépitant, et surtout des crachats caractéristiques de la pneumonie, ne laisse ordinairement aucun doute; mais si ces deux signes manquent, on doit apporter un grand soin dans l'exploration, afin d'arriver à un diagnostic précis. On y parvient en ayant égard aux caractères suivants :

Dans la pneumonie, le mouvement fébrile est beaucoup plus intense; il n'est pas, comme dans la pleurésie, en désaccord fréquent avec l'étendue de la lésion. La respiration bronchique et la bronchophonie existent dans les deux affections, mais bien plus fréquemment dans la pneumonie; en sorte que, s'il y avait matité sans souffle tubaire, avec absence de la respiration, la pleurésie serait presque évidente. Dans la pleurésie, la matité est plus complète; la résistance au doigt qui percute est plus grande; le souffle bronchique paraît plus éloigné de l'oreille, surtout dans certains points; quelquefois même, tout en existant dans une partie de la poitrine, il devient très faible inférieurement. Toutes ces circonstances, jointes à la dilatation de la poitrine dans la pleurésie, servent à fixer le diagnostic dans les cas dont il s'agit, et qui sont, je le répète, les moins ordinaires. Quant à l'égophonie, qui n'est qu'une modification de la bronchophonie, elle existe dans la pneumonie aussi bien que dans la pleurésie; un peu plus souvent peut-être dans cette dernière.

Enfin, ce qui rend le diagnostic certain, c'est l'intensité du mouvement fébrile

et la marche de la maladie. Dans la pleurésie, à moins de complication, le mouvement fébrile n'a un peu de violence que dans le plus petit nombre des cas et seulement dans les premiers jours. On sait, au contraire, que la pneumonie est une des affections fébriles les plus violentes.

La *bronchite aiguë*, lorsqu'elle est intense, qu'elle occupe une plus ou moins grande étendue des dernières extrémités des bronches, et qu'elle détermine un mouvement fébrile marqué, peut en imposer pour une pneumonie. Nous savons, en effet, qu'elle peut donner lieu à un point de côté assez bien caractérisé; que le râle sous-crépitant, qu'on entend seul dans certaines pneumonies, est un symptôme de la bronchite, et enfin qu'il y a un assez grand nombre de cas où la pneumonie apparaît dans le cours d'un catarrhe pulmonaire. Voici les considérations sur lesquelles il faudra s'appuyer pour arriver au diagnostic dans ces cas difficiles: Dans la bronchite, les crachats peuvent être teints de sang, mais on n'y voit pas ce mélange intime de sang et de mucus qui constitue les crachats caractéristiques décrits plus haut. Le râle sous-crépitant existe *des deux côtés*, particularité dont j'ai fait sentir toute l'importance à l'article *Bronchite*. Dans la pneumonie qui survient dans le cours d'une bronchite, *pneumonie catarrhale* des auteurs, on entend, il est vrai, le râle des deux côtés; mais il faut remarquer que c'est précisément dans ces cas que la pneumonie passe le plus rapidement au second degré, et que par conséquent il survient bientôt des signes (matité, souffle bronchique) qui ne laissent plus aucun doute.

Dans tous les cas, au reste, où il peut y avoir quelques incertitudes, ce passage au second degré, qui ne se fait jamais beaucoup attendre, vient fixer le diagnostic: car il ne faut pas admettre cette multitude de pneumonies doubles au début, citées par plusieurs médecins, et qui ne sont que de simples bronchites capillaires. Je dois ajouter que ces difficultés du diagnostic ne se montrent que dans des cas rares.

Il est néanmoins une forme de la pneumonie qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer de la bronchite capillaire : c'est la *pneumonie lobulaire*. Je renvoie à ce sujet le lecteur à ce que j'ai dit à l'article *Bronchite*, me contentant d'en reproduire le résultat au tableau synoptique du diagnostic.

La *dilatation des bronches* donne lieu à la matité et au souffle bronchique. Le diagnostic entre cette maladie et la pneumonie est donc important. Je l'ai donné à l'occasion de cette maladie (p. 374); j'en reproduirai le résumé au tableau synoptique.

Laënnec a exposé les caractères distinctifs de la pneumonie et de l'*œdème pulmonaire ;* mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur leur valeur, et d'ailleurs l'œdème pulmonaire survient dans des circonstances telles, que l'erreur est très peu à craindre.

Dans certains cas de *phthisie pulmonaire aiguë*, il existe des symptômes fébriles tels, qu'on pourrait croire, en les rapprochant des symptômes pectoraux (toux, oppression, douleurs de poitrine), à l'existence d'une pneumonie ; mais s'il y a de la matité, du râle sous-crépitant, du souffle bronchique, c'est sous les clavicules qu'on les rencontre ; en outre, les crachats ne présentent aucune des formes caractéristiques indiquées plus haut ; ils sont opaques, striés, simplement mêlés de sang, et enfin on observe des sueurs nocturnes abondantes, de l'amaigrissement, tous les signes, en un mot, d'une consomption pulmonaire rapide.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pneumonie et de la pleurésie aiguës.*

PNEUMONIE.	PLEURÉSIE.
Fièvre plus ou moins intense dès le début; ordinairement *en rapport* avec l'étendue de la lésion, ou *plus forte* que celle-ci ne semble le comporter.	*Fièvre* ordinairement *légère;* et presque toujours *beaucoup moindre* que l'étendue de la lésion ne semble le comporter.
Râle crépitant ou sous-crépitant.	*Pas de râle.*
Crachats *rouillés, orangés*, etc. (signe pathognomonique).	Crachats *simplement muqueux.*
Matité ordinairement *moins marquée; élasticité* sous le doigt.	Matité *absolue;* pas d'élasticité sous le doigt qui percute.
Souffle bronchique *plus constant*, *plus superficiel.*	Souffle bronchique *moins fréquent; plus profond* surtout à la base.
Bronchophonie, *idem.*	Bronchophonie, *idem.*
Toux, dyspnée, agitation, symptômes fébriles *plus considérables.*	Tous ces symptômes moins intenses, *quelquefois très légers.*

2° *Signes distinctifs de la pneumonie et de la bronchite aiguë.*

PNEUMONIE.	BRONCHITE AIGUE.
Point de côté dans un lieu plus ou moins *éloigné du sternum* (signe douteux).	*Douleurs sous-sternales* contusives (signe douteux).
Fièvre *intense.*	Mouvement fébrile *médiocrement intense.*
Râle crépitant, en arrière, d'*un seul côté.*	Râle sous-crépitant à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, *des deux côtés.*
Obscurité du son dans le point où l'on entend le bruit anormal.	*Sonorité normale* du thorax.

3° *Signes distinctifs de la pneumonie lobulaire et de la bronchite aiguë intense.*

PNEUMONIE LOBULAIRE.	BRONCHITE AIGUE INTENSE (CAPILLAIRE).
Dyspnée *moins considérable.*	Dyspnée *très intense.*
Anxiété *médiocre.*	Anxiété *extrême.*
Râle sous-crépitant *borné à une plus petite étendue* du poumon.	Râle sous-crépitant *disséminé dans toute la poitrine.*

4° *Signes distinctifs de la pneumonie et de la dilatation des bronches.*

PNEUMONIE.	DILATATION DES BRONCHES.
Antécédents : *Point de toux habituelle.*	Antécédents : *Toux habituelle.*
Au début, symptômes fébriles plus ou moins intenses; *frissons, vomissements*, etc.	Symptômes *du début* médiocrement intenses; ni *frissons* ni *vomissements*, etc.
Point de côté.	Oppression *sans point de côté.*
Crachats *rouillés, orangés*, etc.	Pas de crachats caractéristiques.
Symptômes généraux *en rapport, pour leur intensité*, avec les symptômes locaux.	Symptômes généraux d'une *trop faible intensité*, eu égard aux symptômes locaux.

5° *Signes distinctifs de la pneumonie et de la phthisie pulmonaire aiguë.*

PNEUMONIE.	PHTHISIE PULMONAIRE AIGUE.
Matité, râle crépitant, souffle bronchique à *la partie postérieure* du poumon, le plus souvent *à la base.*	Matité, râle sous-crépitant, souffle bronchique *sous les clavicules.*

Crachats *demi-transparents*, *rouillés*, *orangés*, etc.	Crachats *opaques*, *striés*, *sanglants*, etc.
Amaigrissement *modéré*; *peu ou point* de dévoiement, etc.	Signes de *consomption pulmonaire*.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le plus souvent, pour arriver au diagnostic, il faut un groupe des divers symptômes que je viens d'énumérer ; qu'il est des cas où les signes, mis en regard les uns des autres, n'ont pas tous la même valeur ; et qu'enfin la marche des maladies sert souvent à guider le médecin dans son jugement. Le lecteur sait bien que ce sont là des principes applicables au diagnostic de presque toutes les affections.

Pronostic. M. Grisolle est encore l'auteur qui a étudié avec le plus de soin le pronostic de la pneumonie dans tous ses détails. Je ne peux donc mieux faire que de le suivre.

La pneumonie est beaucoup plus grave chez les enfants très jeunes et chez les vieillards, que chez les enfants qui ont passé six ans et chez les adultes : c'est ce qui résulte des recherches de MM. Rufz, Gherard, Hourmann et Dechambre. Aux Enfants-Trouvés, j'ai vu périr tous les nouveaux-nés affectés de pneumonie. A la Salpêtrière, la moitié des malades que j'ai soignées pendant l'hiver de 1841 ont succombé, et souvent on y observe une mortalité beaucoup plus considérable. Dans un article que j'ai publié récemment (1), j'ai établi la progression de la gravité de la maladie suivant l'âge. D'après les faits observés par MM. Chomel, Briquet et Grisolle, cette maladie est plus souvent mortelle chez les femmes que chez les hommes ; mais tout n'est pas encore dit à ce sujet.

Une constitution faible, détériorée, rend la pneumonie beaucoup plus grave. D'après les observations de M. Grisolle, cette affection devient plus dangereuse dans les récidives. Une mauvaise hygiène, la misère, les grandes fatigues, en augmentent la gravité. Il en est de même de l'ivrognerie, mais à un moindre degré qu'on ne le croit communément. Les pneumonies qui sévissent sous forme épidémique sont en général plus graves que les pneumonies sporadiques. D'après les recherches de MM. Andral (2), Briquet (3) et Grisolle (*loc. cit.*, page 533), la pneumonie du sommet est la plus grave, et celle du lobe moyen la plus bénigne, toutes choses égales.

L'oppression extrême, la grande fréquence du pouls, sa petitesse, les lipothymies, les syncopes, le délire, la diffluence du sang, les crachats jus de réglisse et de pruneaux, annoncent une grande gravité de la pneumonie. Il en est de même du passage au troisième degré, de la formation d'un abcès, et de la gangrène pulmonaire.

Je ne rapporte pas ici les opinions des anciens sur la valeur pronostique des symptômes, parce que les progrès de la pathologie, dans ces derniers temps, en ont fait connaître le peu de fondement. Je citerai seulement pour exemple ce que Borsieri (4) dit de l'expectoration. Suivant lui, les crachats rouillés ou jaunes sont d'un favorable augure, tandis que l'expectoration d'un liquide semblable à de la

(1) *Bull. gén. de thér.* (*Consid. sur la pneumonie des enfants*).
(2) *Clin. méd.*, t. III, p. 257.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. IX, p. 30.
(4) *Inst. med. pract.*, vol. IV, p. 103.

salive est d'un mauvais présage. Évidemment les anciens, dont Borsieri est ordinairement l'interprète, n'avaient point de données suffisantes pour résoudre les divers problèmes qui se rattachent à l'histoire de la pneumonie.

Parmi les pneumonies primitives, celles qui présentent l'ensemble de symptômes auquel on a donné le nom d'état typhoïde sont les plus dangereuses. Les pneumonies consécutives survenant dans le cours des maladies aiguës ou chroniques graves hâtent presque constamment la mort des malades.

§ VII. — Traitement.

La gravité incontestable de la pneumonie, sous quelque forme que cette maladie se présente, suffit pour nous convaincre de l'importance extrême de son traitement. Il est bien peu de médecins qui croient pouvoir se passer d'une médication très active, et qui aient le courage de faire de la médecine d'expectation en présence de symptômes aussi alarmants. Des discussions très animées se sont élevées à propos de certaines méthodes de traitement ; je laisserai, autant que possible, parler les faits, lorsqu'il s'agira de résoudre ces questions litigieuses.

Émissions sanguines. Puisque les anciens confondaient, comme on l'a vu plus haut, la pneumonie avec la pleurésie, on ne doit pas accorder une très grande confiance à leurs opinions sur l'utilité des divers moyens qu'ils ont mis en usage. C'est une réflexion qu'on ne peut faire sans regret, surtout quand on voit le soin extrême que les auteurs ont pris d'étudier la saignée dans toutes ses formes d'application. Je n'indiquerai à ce sujet que les opinions principales des médecins qui ont écrit avant l'époque où le diagnostic des deux affections a été parfaitement établi.

Dès les premiers temps de la médecine, la *saignée générale* a été dirigée contre la pneumonie, et dès lors aussi ont commencé les divisions sur la quantité de sang qu'on devait tirer. Hippocrate parle à peine de la section de la veine dans la péripneumonie. Galien saignait beaucoup plus abondamment, mais non encore autant qu'on le fit dans la suite. Jusqu'au XVII[e] siècle, les médecins s'en tinrent à des saignées modérées, mettant en même temps en usage un grand nombre d'autres moyens. Ce fut alors que Sydenham (1), non seulement proclama la grande influence de la saignée sur la terminaison de la pneumonie, mais encore recommanda avec force les saignées copieuses et répétées. Voici comment il procédait :

TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES ABONDANTES ET RÉPÉTÉES (SYDENHAM).

Au moment où l'on arrive pour la première fois auprès du malade, une saignée de 310 à 320 grammes de sang. Si la douleur n'est pas dissipée, réitérer cette saignée dans la journée.

Si les principaux symptômes persistent, recourir au même moyen et de la même manière les jours suivants, jusqu'à ce qu'on en ait triomphé.

Si ces symptômes ont sensiblement diminué, séparer chacune des saignées suivantes par un intervalle d'un ou deux jours.

Cette méthode ne doit pas être absolument inflexible ; il faut la modifier suivant l'âge, la force du sujet et la violence de la maladie.

(1) *Opera omnia* ; Genev., 1757, t. I, p. 165, *Pleuritis*.

C'était là, comme on le voit, user largement de la saignée. Cet exemple fut imité par un assez bon nombre de praticiens, parmi lesquels il faut citer en première ligne Sauvages (1), Cullen et Bosquillon. Le premier voulait que, dans la pneumonie franchement inflammatoire, on tirât à un adulte jusqu'à 250 grammes de sang toutes les quatre heures. Borsieri (2) cite des *cliniciens très exercés* qui, dans la première saignée, enlevaient au malade jusqu'à 625 grammes de sang, et, *au bout d'un temps fort court*, en faisaient sortir une égale quantité par la même piqûre. Cet auteur approuve même cette pratique comme très utile dans le climat de l'Italie. Il dit que Sydenham ne tirait pas ordinairement au delà de 1,200 grammes de sang chez un adulte; mais qu'en Italie on se trouvait bien d'en enlever jusqu'à 2,000 et 2,400 grammes, et que l'enfance même n'était pas un motif pour épargner aux malades des pertes de sang très considérables. J. Sims (3) est un des premiers qui aient dit que par ce procédé on *jugulait* la maladie.

Ces opinions, fondées sur une expérience personnelle et presque toutes de souvenir, ne peuvent être soumises à la critique; des observations isolées et des raisonnements plus ou moins spécieux ne sauraient faire naître la conviction sur un point de thérapeutique. Je n'insiste donc pas sur ces assertions, et j'arrive aux auteurs modernes qui ont pu porter un diagnostic certain, et par conséquent appuyer leur opinion sur des faits positifs.

En Italie, et surtout à Pavie, les saignées sont largement pratiquées. C'est ainsi qu'à la Clinique de Pavie, le premier jour seulement, on pratique chez les adultes trois saignées, chacune de 500 grammes; que le second jour on en fait deux nouvelles de la même quantité, et que l'on continue les jours suivants à saigner les malades, quoique moins abondamment. M. Grisolle, qui a signalé ces faits, regrette avec raison de ne pas pouvoir en apprécier les détails. En France, M. Bouillaud a préconisé avec ardeur les évacuations sanguines abondantes, et a créé la formule à laquelle il a donné le nom de *formule des saignées coup sur coup*. M. Bouillaud (4) l'a fait connaître dans les termes suivants :

TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP (BOUILLAUD).

Premier jour du traitement. Une saignée du bras, de quatre palettes, matin et soir. Dans l'intervalle des deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues, ou mieux des ventouses scarifiées, jusqu'à soustraction de trois à quatre palettes de sang.

Deuxième jour. Une troisième saignée du bras, de trois à quatre palettes; et si la douleur de côté persiste, une nouvelle application de sangsues ou de ventouses comme celle de la veille.

Troisième jour. La plupart des péripneumonies du premier degré et d'une étendue moyenne sont arrêtées et pour ainsi dire jugulées dès le troisième jour de ce traitement. Mais si la maladie persiste, il faut sans hésiter pratiquer une quatrième saignée du bras, de trois à quatre palettes.

(1) *Nos. meth.*, t. II, pars prima, p. 496; Amst., 1763.
(2) *Inst. med. pract.*, vol. IV, cap. IV, *De pulm. pect. quæ infl.*
(3) *Mal. épid.*; Avignon, 1778, chap. V, p. 123.
(4) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*; Paris, 1837, t. III, p. 454.

Quatrième jour. La péripneumonie, même quand elle est parvenue au second degré, si elle est simple et qu'elle ne soit pas trop étendue, résiste rarement au delà du quatrième jour. Dans les cas où elle résiste encore, on doit faire une cinquième saignée de trois palettes environ, et appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

Cinquième, sixième et septième jour. Dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire lorsque l'on a eu à traiter une péripneumonie qui n'a pas été au delà d'une certaine gravité, il ne s'agit plus que de surveiller attentivement les malades. La résolution se déclare et marche rapidement, et déjà l'appétit commence à se faire sentir. Mais, dans les pneumonies très graves, on est quelquefois obligé de pratiquer une sixième, une septième, une huitième, et même une neuvième saignée du bras, un peu moins copieuse que les premières (deux à trois palettes).

Dans les cas dont il s'agit, M. Bouillaud a été, dit-il, quelquefois obligé de retirer jusqu'à dix livres de sang, et le succès a couronné ses efforts.

En règle générale, ajoute M. Bouillaud, on ne doit renoncer aux émissions sanguines que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, et que la dyspnée, ainsi que la douleur, a cessé à peu près complétement. Si, comme toutes les règles générales, celle-ci comporte quelques exceptions, elles sont très rares.

M. Bouillaud est, comme on le voit, un des médecins qui accordent le plus de valeur aux émissions sanguines et qui en usent le plus largement. Quelques praticiens ont suivi son exemple, mais n'ont point fourni des documents suffisants pour qu'on puisse apprécier les effets réels de leur pratique. D'un autre côté, presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de la poitrine ont repoussé une pratique qui ne leur a pas paru appuyée sur des faits assez concluants ; je citerai entre autres MM. Louis, Chomel et Grisolle.

D'après ce qui précède, on voit que j'ai à examiner non seulement quel est le degré d'efficacité de la saignée, mais encore quelle est sa valeur suivant son abondance et les époques plus ou moins rapprochées auxquelles on la pratique.

Aux yeux d'un grand nombre d'auteurs, la saignée a passé pour un moyen véritablement héroïque. Aux noms que j'ai cités plus haut je pourrais en joindre une multitude d'autres : ainsi Botal, les deux Frank, Huxham, etc.; mais, comme on l'a fait sagement remarquer, quelques faits plus ou moins frappants ne suffisent pas pour établir la valeur d'un moyen thérapeutique; il faut des observations nombreuses, détaillées, convenablement étudiées, et c'est ce que ne nous ont pas fourni ces auteurs. Leur autorité perd par là beaucoup de sa valeur, et il importait de soumettre leur opinion à l'épreuve des faits. C'est la tâche que s'est imposée M. Louis (1), qui, analysant avec soin deux séries, l'une de 78 et l'autre de 29 cas de pneumonie, est arrivé à des résultats non pas entièrement opposés à l'opinion générale, comme on l'a dit et répété, mais bien différents. Cet observateur, tenant compte de toutes les circonstances, et examinant tous les symptômes, a reconnu que la saignée n'avait qu'une influence limitée sur la marche de la pneumonie ; que cette influence a été plus marquée dans les cas où la saignée a été copieuse et répétée que dans ceux où elle a été unique et peu abondante ; qu'elle n'a point jugulé la maladie. Néan-

(1) *Rech. sur les eff. de la saignée*, etc.; Paris, 1835.

moins cette influence existe ; elle est favorable, puisque la durée de la maladie a été abrégée, surtout lorsque la saignée a été pratiquée à une époque voisine du début, fait qui ne doit pas être perdu pour le praticien, et qui prouve qu'il faut bien se garder de retarder l'emploi de ce moyen. M. Grisolle (voy. *loc. cit.*, p. 605) est arrivé aux mêmes résultats que M. Louis.

On vient de voir que, dans les cas observés par M. Louis, ce sont les saignées abondantes et répétées qui ont le plus d'influence. Ce fait paraît être en faveur de la méthode employée par M. Bouillaud ; mais il y a si loin de la saignée telle qu'elle a été pratiquée par M. Louis à la formule de M. Bouillaud, que les faits ne sont plus comparables. Ceux qui ont été présentés par le dernier de ces deux auteurs doivent donc être examinés à part.

Si l'on ne considère que les résultats généraux fournis par M. Bouillaud, on est porté à regarder sa méthode de traitement comme infiniment supérieure à toutes les autres, puisque, suivant ses expressions, la mort ne serait plus qu'une exception rare dans une maladie dont personne ne conteste la gravité. Mais quand on entre dans les détails, que d'objections ! Nous avons vu que l'âge avancé est une circonstance très grave, et que la maladie est beaucoup plus dangereuse chez les femmes. Or, chez les malades traités par M. Bouillaud, l'âge était peu élevé, et il n'y avait presque pas de femmes. Ne doit-on pas tenir compte de ces circonstances ? M. Bouillaud fixe le terme de la convalescence à une époque plus rapprochée que les autres observateurs ; ne faut-il pas avoir égard à cette différence quand on recherche la durée de la maladie ? Mais je ne pousserai pas plus loin cette discussion. Je dirai seulement que M. Bouillaud n'a pas encore apporté en faveur de sa méthode des preuves assez convaincantes pour qu'un praticien puisse, à son exemple, se hasarder à répandre le sang de ses malades avec cette profusion. Si donc j'ai indiqué avec détail sa formule, ce n'est pas que je conseille son emploi, mais c'est que je voulais la faire connaître, afin que si le médecin croyait, dans un cas donné, devoir y recourir, il ne fût pas exposé à l'altérer, comme on l'a fait maintes fois, ce qui, d'après M. Bouillaud, peut influer beaucoup sur le résultat.

Aujourd'hui on ne se demande plus s'il faut ouvrir la veine au bras du côté malade plutôt qu'à l'autre. Quelques médecins ont pensé qu'il était avantageux, dans les pneumonies étendues, de pratiquer la saignée *aux deux bras* à la fois. On rend ainsi la perte de sang beaucoup plus rapide, et l'on conçoit qu'il en résulte un effet avantageux ; mais les faits manquent pour apprécier la valeur de cette opinion. Quelques auteurs ont conseillé de saigner à la jugulaire, d'autres au pied. En résumé, l'essentiel est d'obtenir un écoulement de sang facile, et qui puisse être suffisamment abondant.

Il a paru à M. Louis que la saignée par la lancette avait une supériorité assez grande sur la saignée par les *sangsues* ou les *ventouses scarifiées*. Cette opinion est générale ; aussi n'emploie-t-on guère ces derniers moyens que pour venir en aide aux saignées générales, et concurremment avec elles. C'est sur la poitrine même qu'on les applique. Borsieri (*loc. cit.*, p. 111) propose d'*inciser profondément* la peau du thorax, et d'y appliquer ensuite la ventouse. Mais quel fruit a-t-il retiré de ces profondes scarifications ?

Chez les enfants très jeunes, on ne peut mettre en usage que les *sangsues* ou des *ventouses scarifiées* à la base de la poitrine ; mais il ne faut pas hésiter, ainsi

que l'ont conseillé plusieurs médecins, et entre autres J. Frank, à ouvrir la veine chez les enfants de huit à dix ans.

Notons néanmoins que quelques médecins, et en particulier M. Becquerel (1), proscrivent presque absolument les émissions sanguines du traitement des enfants. Cette manière de voir est exagérée. Tout ce qu'il faut dire, c'est qu'on doit être très réservé dans l'emploi de ce moyen chez les enfants très jeunes.

Quant aux vieillards, les observations de la plupart des médecins, et particulièrement celles de M. Foucart (2), prouvent qu'on peut en général user hardiment chez eux de la saignée générale.

Quelques médecins ont proposé d'*ouvrir les artères radiales* ou *temporales*. Borsieri rapporte qu'Avenzohar, étant affecté d'une pneumonie, s'ouvrit lui-même l'artère radiale ; cette pratique est justement proscrite.

En somme, la saignée modérée et pratiquée à des intervalles assez éloignés a une influence heureuse, mais beaucoup plus bornée qu'on ne le pensait, et il n'est point prouvé que les saignées coup sur coup aient toute l'efficacité qu'on leur a attribuée. Il est même des cas où tout le monde s'accorde à dire que la saignée ne doit pas être pratiquée, ou ne doit l'être qu'avec une grande réserve. Ces cas sont ceux où la constitution est détériorée, et par conséquent c'est parmi les pneumonies consécutives qu'on les trouve presque tous. Il ne faut pas toutefois se laisser abuser par une dépression apparente des forces ; c'est au médecin, d'après la marche de la maladie, les antécédents et la constitution du malade, à juger de l'opportunité de la saignée. L'état du pouls est aussi un bon signe pour nous faire connaître s'il faut abandonner ou non la saignée. S'il reste fort, plein, dur, on doit insister ; si, au contraire, il devient faible, petit, concentré, on doit renoncer aux aux émissions sanguines. Mais il ne faut pas encore prendre pour un signe certain d'abattement des forces une dépression du pouls qui survient dans quelques cas graves ; car, après la première ou la seconde saignée, on le voit parfois se relever, ainsi que les forces. Il n'y a donc point, à ce sujet, de règle fixe ; l'examen attentif de la marche de la maladie et des principaux symptômes doit guider le médecin.

Émollients ; boissons pectorales. Les médicaments de ce genre ne peuvent être regardés que comme de simples adjuvants. Cependant quelques médecins se bornent à leur emploi dans la pneumonie ; non pas parce qu'ils reconnaissent quelque vertu à ces remèdes, mais uniquement parce qu'ils regardent la pneumonie comme une maladie qui tend naturellement à la guérison, et que, selon eux, il s'agit seulement d'éloigner toutes les causes capables d'irriter le mal. M. Grisolle, ayant rencontré quelques pneumonies très bénignes, s'est borné à cette expectation, et il a vu que les principaux symptômes avaient une durée notablement plus considérable que dans des cas semblables où un traitement actif est mis en usage. Ce résultat n'est pas de nature à engager le praticien à agir de la même manière dans les pneumonies graves ; aussi n'est-il guère de médecins qui osent se borner ainsi au simple rôle de spectateurs. Cependant il faut noter que depuis cette époque on a cité un assez grand nombre de cas de pneumonies qui ont guéri sans aucun

(1) *De l'infl. des émiss. sanguines.* (*Arch. gén. de méd.*, 1824, t. V, pag. 398 ; t. VI, pag. 87).
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. VI, p. 88.

traitement, ce qui porte à penser que M. Grisolle n'a pas assez multiplié ses expériences. Les tisanes de *mauve*, de *guimauve*, de *bouillon-blanc*, édulcorées avec le sirop de gomme ou de capillaire; les décoctions de *dattes*, de *jujubes*, etc.; quelquefois des *cataplasmes* sur la poitrine, chez les jeunes enfants, tels sont les émollients qu'on prescrit habituellement et qu'on peut facilement varier.

Antimoniaux. Les médicaments de cette espèce ont, en général, une action vomitive; c'est pourquoi, dans le traitement de la pneumonie, ils doivent être envisagés sous deux points de vue différents. Ils peuvent, en effet, être employés purement et simplement comme vomitifs dans les pneumonies réputées bilieuses, suivant la pratique de L. Rivière et de Stoll; ils font, en ce cas, partie de la méthode purement évacuante, et, selon ces auteurs, c'est au rejet d'une quantité de bile surabondante et donnant à la maladie un caractère particulier qu'est due principalement la guérison. Lorsque, au contraire, suivant les préceptes de Rasori, on emploie les antimoniaux, et principalement le tartre stibié à doses élevées, ce n'est plus seulement l'évacuation qui a un résultat favorable, puisque les bons effets peuvent avoir lieu sans évacuation, mais bien une action particulière du médicament, qui a servi de base à la théorie du contre-stimulisme en vogue en Italie. Commençons par étudier les antimoniaux sous ce dernier point de vue; nous rechercherons plus loin quel est le meilleur traitement des pneumonies bilieuses.

Émétique à haute dose. Avant Rasori, on avait quelquefois prescrit ce médicament à une dose très élevée, mais c'est ce médecin qui a fait entrer cette médication dans la thérapeutique, et qui le premier a proclamé l'émétique à haute dose comme le remède le plus efficace contre la pneumonie. Ce n'était pas seulement dans le but de produire des évacuations qu'il administrait ce médicament, mais pour modifier profondément l'organisme, en le saturant pour ainsi dire d'une substance propre à combattre l'état de stimulus dans lequel se trouvent les malades. Je ne rappelle cette théorie qu'à cause de sa célébrité, car je n'oublie pas que, pour nous, l'explication ne doit venir qu'après le résultat. Examinons donc les faits.

Rasori a publié plusieurs mémoires (1) dans lesquels il a fait connaître les résultats de sa pratique. Ces résultats ne sont pas extrêmement satisfaisants, puisqu'il perdait de 14 à 22 sur 100 des malades qu'il soignait. M. Grisolle pense qu'il faut peut-être attribuer cette grande mortalité à la trop grande énergie avec laquelle le médicament était employé par Rasori. Mais comment résoudre de semblables questions, lorsque nous n'avons pas les détails des faits sur lesquels nous pourrions asseoir notre jugement? Laissons donc de côté les auteurs qui, par de simples assertions, ou par des faits trop mal présentés, ont combattu ou soutenu les doctrines du médecin italien, et arrivons à Laënnec, qui, le premier en France, a fait des expériences répétées sur l'action du tartre stibié à haute dose dans la pneumonie.

Laënnec étant plus exact que Rasori dans l'appréciation de la maladie, les faits qu'il nous a fait connaître sont par cela même un peu plus importants. Il résulte des chiffres qu'il a donnés, et des corrections qui y ont été faites par M. Mériadec Laënnec, que la mortalité a été d'environ 1 sur 18. Mais on a fait des objections très justes à la manière dont Laënnec a présenté les faits; ne tenant compte ni de

(1) *Opuscoli di med. clin.: Delle peripn. inf. et del curarle princ. col tart. stib.*, etc., trad. par M. Phil. Fontaneilles (*Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 300-415).

l'intensité de la maladie, ni de l'âge des malades, etc., il n'a pu parvenir qu'à des résultats très vagues. Nous serions donc fort embarrassés pour apprécier la valeur du tartre stibié à haute dose, si M. Louis, et après lui M. Grisolle, mettant dans leurs investigations autant de rigueur que leurs prédécesseurs y avaient apporté de négligence, n'étaient venus dissiper notre incertitude. M. Louis (*loc. cit.*) a vu l'émétique réussir chez des vieillards, dans des conditions très graves, au milieu des symptômes les plus intenses, et lorsque la saignée n'avait pas empêché la maladie de s'aggraver. Et non seulement le chiffre de la mortalité a été comparativement assez faible, mais encore, sous l'influence immédiate de l'émétique, et alors même que de nombreuses évacuations semblaient devoir accabler les malades, on voyait les principaux symptômes s'amender, et bientôt après la convalescence s'établir. MM. Danvin (1), Téallier (2), Rayer (3), Trousseau et beaucoup d'autres médecins, ont cité des faits nombreux qui viennent confirmer les résultats obtenus par M. Louis.

M. Grisolle (4), examinant les faits avec la même attention que M. Louis, et sous tous les points de vue, a reconnu que le tartre stibié à haute dose avait eu la plus heureuse influence, tant sur l'issue de la maladie que sur l'amendement rapide de tous les symptômes et sur la durée de la convalescence, qui, à l'aide de ce traitement, n'est pas ordinairement de plus de trois ou quatre jours. Ces résultats sont donc du petit nombre de ceux qui sont appuyés sur des observations nombreuses, concluantes et rigoureusement analysées.

A quelles doses faut-il administrer le tartre stibié? Rasori donnait ce médicament à des doses énormes; on peut en juger par l'exposition très simple de sa méthode.

MÉTHODE DE RASORI.

1° Saignées plus ou moins copieuses, ou point de saignée.

2° Du *premier jour* du traitement au *quatrième*, *cinquième*, et quelquefois plus :

℞ Tartre stibié. de 0,60 à 1,20 gram. | Eau d'orge miellée..... 1000 gram.

A prendre par tasses.

Renouveler cette dose *deux fois* dans la journée.

3° Après le *quatrième* ou le *cinquième jour* du traitement, diminuer progressivement la dose de l'émétique, ou même en cesser brusquement l'emploi, si l'amélioration est très grande.

On voit que, dans le cours de la maladie, Rasori administrait habituellement de 6 à 12 grammes de tartre stibié; mais ce n'était point là une limite qu'il hésitât à franchir, car dans un certain nombre de cas, il employait jusqu'à 4 *grammes d'émétique matin et soir*, et portait ainsi la dose totale à 60 ou 65 grammes. Il n'est donc pas permis d'indiquer avec précision les doses prescrites par Rasori.

On a vu que cet auteur tantôt employait la saignée, et même la saignée abondante, et tantôt se dispensait de tirer une seule goutte de sang. Cette circonstance sert à faire apprécier plus exactement les opinions théoriques de Rasori. Dans sa

(1) *Journ. heb.*; 1830.
(2) *Du tartre stib.*; Paris, 1832.
(3) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. ANTIMOINE.
(4) *Loc. cit.*, p. 628 et suiv.

mani ère de voir, la saignée et le tartre stibié ont la même action contre les phlegmasies; le degré seul est différent. Il en résulte que, dans les cas où l'on néglige la saignée, on peut y suppléer en augmentant la dose de l'émétique, et que, dans le cas au contraire où l'on ménage l'émétique, il faut augmenter le nombre des saignées. Si Rasori accorde généralement la préférence à l'émétique, c'est qu'on peut le donner à des doses très élevées, sans avoir à redouter les inconvénients qui résulteraient de saignées trop copieuses et trop souvent répétées. Il s'ensuit, et c'est une remarque curieuse qui ne me paraît pas avoir été faite, que le propagateur du tartre stibié à haute dose, de cette médication qu'on oppose avec tant d'avantage aux saignées coup sur coup dans le traitement de la pneumonie, était en réalité partisan de cette dernière méthode, à laquelle il ne renonçait que dans la crainte de rendre le malade exsangue. Je reviendrai bientôt sur ce point; je me contente de rappeler maintenant que, pour suivre exactement la méthode de Rasori, il faut d'autant plus élever les doses d'émétique, qu'on aura moins saigné le malade.

Les médecins qui, après Rasori, ont employé le tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pneumonie, ont bien rarement administré une aussi grande quantité de ce médicament. On s'est borné, à l'exemple de Tommasini et de Laënnec, à prescrire d'abord de *trois à quatre décigrammes* d'émétique dans une potion, et à augmenter progressivement la dose les jours suivants, jusqu'à 6 ou 7 décigrammes au plus. C'est là la pratique la plus générale aujourd'hui. Quelques médecins dépassent ces limites; mais comme leurs observations ne sont pas publiées en nombre suffisant, on ne peut dire s'ils le font avec ou sans avantages.

D'après Rasori, ces doses considérables de tartre stibié ne produiraient pas ordinairement de grandes évacuations; mais l'expérience journalière prouve qu'il y a dans cette assertion une exagération marquée. Après un ou plusieurs jours de l'emploi de l'émétique, il arrive assez fréquemment, il est vrai, que les évacuations s'arrêtent et qu'il y a ce qu'on appelle *tolérance;* mais le premier, le second jour, et souvent pendant toute la durée du traitement, les vomissements, et plus encore les selles, se font remarquer par leur abondance. Est-ce là un effet qu'on doive redouter? Ces évacuations abondantes peuvent-elles être regardées comme un accident auquel il faut remédier? ou bien, comme le pensent quelques uns, seraient-elles la principale cause de la guérison? Ces questions sont bien difficiles à résoudre. Tout ce que je peux dire pour ma part, c'est qu'à la Salpêtrière, où les pneumonies sont si graves, la grande abondance des évacuations pendant plusieurs jours ne m'a pas empêché d'insister sur l'emploi de ce médicament, et que le résultat a été tout aussi favorable dans ces cas que dans ceux où les évacuations avaient été peu abondantes dès le principe ou s'étaient bientôt modérées. Dans le but de rendre l'action évacuante de l'émétique moins violente, on ajoute à la potion de 3 à 10 centigrammes d'opium, de 15 à 60 grammes de sirop diacode, et quelquefois de 2 à 5 grammes d'eau distillée de laurier-cerise; mais on n'attribue aucune vertu curatrice à ces substances. Selon M. le docteur Ancelon (de Dieuze), ce qui empêche ordinairement la tolérance de s'établir, c'est qu'on donne aux malades des boissons trop abondantes. En diminuant notablement la quantité des liquides, on obtient facilement ce résultat (1). Suivant M. Hérard, qui a publié un

(1) *Consid. prat. sur l'admin. du tartre stibié à haute dose*, etc. (*Union médicale*, 22 juillet 1847).

mémoire fort intéressant sur la pneumonie des enfants (1), on obtient facilement la tolérance en *n'employant que de l'eau distillée* pour dissoudre le tartre stibié, et en ajoutant un peu de sirop diacode à la solution.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de l'action des saignées et du tartre stibié employés séparément ; mais il est peu de médecins qui fassent un usage exclusif de l'un de ces moyens. Presque toujours, à l'imitation de Laënnec, on les combine de manière à emprunter à chacun d'eux son action. C'est une méthode qu'on peut appeler mixte, et qu'il importe d'apprécier. Disons d'abord comment procédait Laënnec.

MÉTHODE MIXTE (LAENNEC).

1° Si les malades sont en état de supporter une émission sanguine considérable, pratiquez une saignée de 4 à 500 grammes.

2° Immédiatement après la saignée, administrez la potion suivante :

℞ Tartre stibié.............. 0,05 gram.	feuilles d'oranger.......... 70 gram.
Infusion légère et froide de	Sirop de guimauve............ 15 gram.

Mêlez. A prendre en une fois.

3° Répétez cette dose de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que le malade en ait pris six ; puis laissez-le se reposer pendant sept ou huit heures, si le cas n'est pas très urgent. Si, au contraire, vous jugez qu'il y a urgence, continuez l'administration du tartre stibié sans interruption. Persistez dans l'emploi de ce traitement jusqu'à ce qu'il y ait un amendement marqué des principaux symptômes.

4° Si les premières évacuations vous paraissent trop abondantes, ou si la tolérance ne s'établit pas, ajoutez à la potion de 30 à 60 grammes de sirop diacode, ou bien de 5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium.

5° Dans les cas où les symptômes seraient extrêmement intenses, n'hésitez pas à porter chaque dose de tartre stibié à 7, 10 et même 12 centigrammes, et toujours dans la même quantité de véhicule.

Telle est la manière dont Laënnec traita la pneumonie dans les dernières années de sa pratique. Il a été imité, à quelques nuances près, par presque tous les médecins français. Dans les hôpitaux de Paris, cette médication est généralement adoptée ; c'est en l'employant que M. Louis a obtenu les résultats dont j'ai parlé plus haut, résultats favorables, qui ont été pleinement confirmés par les observations de M. Grisolle. En combinant ainsi la saignée avec l'émétique, on a obtenu une mortalité plus faible que par l'émétique seul. La convalescence a été, il est vrai, un peu plus longue ; mais c'est un inconvénient qui, dans le cas dont il s'agit, ne doit pas entrer en ligne de compte ; car, avant tout, il faut guérir.

L'enfance et la vieillesse ne doivent apporter que peu de modifications à ce traitement. J'ai dit que, dans les hospices de vieillards, on l'employait avec succès, et l'on sait que la considération de l'âge avancé, chez les sujets observés par M. Louis et traités de cette manière, est un des plus puissants arguments en faveur de l'utilité de ces moyens.

(1) *Union médicale*, octobre 1847.

M. Prus (1) recommande d'administrer le tartre stibié chez les vieillards à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, suivant la violence du cas, mais il fait précéder l'administration de ce remède de une, deux ou trois saignées. Il recommande surtout, lorsqu'il est survenu une amélioration même notable, de ne pas croire la maladie terminée, car elle a une tendance très grande à reparaître, et c'est alors qu'il faut administrer le tartre stibié.

Dans le mémoire précédemment cité, M. le docteur Hérard a ajouté de nouveaux faits à ceux que possède déjà la science pour démontrer l'efficacité du tartre stibié dans la pneumonie, surtout chez les enfants. Pour lui, il faut que le médicament soit administré à haute dose et passe dans le torrent circulatoire.

Le médicament a été donné à la dose de 20 à 25 centigrammes chez des enfants de six et sept ans, la convalescence s'est promptement établie, et il n'y a eu aucun accident. On a vu plus haut les moyens que l'auteur conseille pour produire la tolérance.

M. Fauvel (2), au contraire, donne aux vieillards l'émétique à faible dose. Après une, deux et même trois saignées, et le plus souvent après avoir donné l'émétique en lavage le premier jour, il administre, *jusqu'à salivation*, les paquets suivants:

℞ Calomel............	0,40 gram.	Tartre stibié.........	0,05 gram.
Opium..............	0,10 gram.		

Pour 8 paquets : dose de 5 à 12.

M. Fauvel assure avoir obtenu, par ce moyen, des succès nombreux, mais l'usage du tartre stibié à haute dose nous paraît plus sûr.

Chez les enfants, le tartre stibié, combiné avec les saignées, a été donné à très haute dose, sans aucun accident et avec de très heureux résultats. C'est ce qu'on peut voir dans un mémoire de M. Blache (3), où sont rapportés plusieurs cas dans lesquels, à l'âge de neuf, douze et quatorze ans, l'émétique a été administré à la dose de 30, 40, *et même* 50 *centigrammes* dans une potion.

Ainsi, en examinant attentivement les faits, on ne tarde pas à se convaincre que la méthode mixte est la meilleure, et par conséquent on ne saurait trop insister sur la nécessité de l'employer avec rigueur et persévérance. Les détails dans lesquels je suis entré à cet égard ne seront donc pas regardés comme trop longs ; d'autant plus qu'ayant ainsi fait connaître la médication principale à suivre dans la pneumonie, je me bornerai à présenter en peu de mots ce que nous savons sur l'emploi de plusieurs autres médicaments dont l'efficacité est très problématique, et qui n'ont été employés que dans des cas particuliers ou dans des vues théoriques.

Mais, avant de passer aux autres moyens thérapeutiques, disons un mot des *contre-indications* du traitement par le tartre stibié à haute dose, et des *accidents* qu'il peut produire. On a placé au nombre des premières le mauvais état du tube digestif ; mais on a répondu avec raison que le danger occasionné par l'inflammation du poumon était trop grand pour s'arrêter à cette considération, qui, dans un autre cas, serait importante. On en voit la preuve dans un fait très intéressant observé dans le service de M. Louis (4). Un malade atteint d'une dyssenterie grave

(1) *Journ. de méd. et de chir.*; 1842.
(2) Voy. *Union méd.*, 3 avril 1847, *Cliniq. de la Salpêtrière.*
(3) *Arch. gén. de méd.*, t. XV, p. 12.
(4) *Gaz. des hôp.*, août 1848.

fut pris de pneumonie. M. Louis n'hésita pas à prescrire le tartre stibié à haute dose. La *tolérance s'établit* et le malade guérit. On a pensé que, chez une femme enceinte, les secousses produites par le vomissement pourraient provoquer l'avortement; mais les faits prouvent que la maladie le provoque bien plus fortement encore. On doit donc employer avec hardiesse le moyen le plus propre à dissiper la pneumonie. C'est la conduite qui a été tenue dans un cas rapporté par M. le docteur Labrunie (1), et il n'y a eu aucun accident pour l'enfant.

Quant aux accidents, ils consistent dans une irritation du pharynx et de l'œsophage, avec production de pustules ou d'ulcérations, ou bien dans un véritable empoisonnement par le tartre stibié. Dans le premier cas, il faut suspendre le médicament et donner les adoucissants; dans le second, qui se manifeste par la pâleur, l'accablement, la décomposition des traits, le refroidissement des extrémités, une sueur visqueuse, la petitesse extrême du pouls, on remédie à ces accidents en administrant le vin, l'alcool, l'éther, en faisant des frictions stimulantes sur l'abdomen et les extrémités, et si les évacuations continuent avec trop d'abondance, en prescrivant l'opium.

M. Boudet, pour prévenir l'inflammation pustuleuse de la gorge, a donné les pilules suivantes :

℞ Émétique..............	3,20 gram.	Gomme arabique........	1,50 gram.
Extrait d'opium.........	0,16 gram.	Poudre de guimauve.....	1,50 gram.
Extrait de laitue.........	4 gram.		

Pour 32 pilules, contenant chacune 0,1 gramme de tartre stibié. A prendre toutes les deux heures. Le premier jour à la dose de 2 ou 3, le lendemain à la dose de 5 ou 6.

Le tartre stibié n'est point la seule substance antimoniale qu'on ait employée à haute dose dans le traitement de la pneumonie. Le *kermès minéral* a été administré à la dose suivante :

℞ Kermès minéral.........	1 gram.	Sirop de fleurs d'oranger..	30 gram.
Eau distillée de tilleul....	175 gram.		

A prendre par cuillerées.

On a même élevé la dose du kermès à 4 grammes.

Suivant MM. Trousseau et Pidoux (2), ce médicament aurait au moins autant d'avantages que l'émétique; mais M. Rayer, qui l'a expérimenté avec soin, n'a point confirmé cette assertion. Quelques autres auteurs, tels que MM. Giacomini et Double, ont préconisé le kermès à haute dose; mais les faits manquent à notre appréciation. MM. Rilliet et Barthez citent quelques cas dans lesquels l'emploi de ce moyen s'est montré utile chez les enfants. M. le docteur Robin de Mauriac (3), conseille le traitement de la pneumonie par le kermès minéral à haute dose, mais il ne l'élève pas au-dessus de 0,30 à 1,50 grammes. Dans les faits qu'il a observés, la mortalité a été d'un dixième; il n'y a pas eu d'éruption pustuleuse. En somme, il est plus que probable que ce remède a un certain degré d'efficacité; mais en a-t-il autant que l'émétique; c'est ce qui n'est nullement prouvé.

L'*oxyde blanc d'antimoine*, un moment mis à la mode par M. Trousseau, est

(1) *Journ. des conn. méd. chir.*, avril 1842.
(2) *Traité de thér.*, t. II, p. 754.
(3) *Union médicale*, janvier et février 1848.

aujourd'hui abandonné par ce médecin lui-même. Voici la formule qu'il prescrivait :

℞ Oxyde blanc d'antimoine de 1 à 10 gram. | Looch blanc.......... de 150 à 200 gram.

A prendre par cuillerées.

D'après ce qui précède, on voit que l'efficacité du tartre stibié est seule rigoureusement démontrée, et qu'il serait imprudent, jusqu'à nouvel ordre, de le remplacer par une autre préparation antimoniale.

Vomitifs ; purgatifs. Je viens de parler des antimoniaux administrés comme ayant une vertu particulière contre la pneumonie. Mais ces médicaments, et principalement l'émétique, ont été aussi donnés depuis fort longtemps, et par un grand nombre de médecins, comme de simples *vomitifs*. C'est ainsi que Rivière prescrivait tous les deux jours *un décigramme* de tartre stibié, médication employée par M. Rayer (1), qui la place au même rang, pour l'efficacité, que celle de Rasori, et qui ne lui reconnaît d'autres inconvénients que de fatiguer beaucoup les malades. On sent que, pour faire admettre une pareille assertion, il faudrait donner une analyse exacte d'un bon nombre d'observations, car il ne s'agit pas là d'une question simple. Nous n'avons pas plus de données positives sur les autres vomitifs qu'on a pu mettre en usage. Disons seulement que Guersant (2) administrait ordinairement l'*ipécacuanha* à la dose de 20 à 30 centigrammes chez les très jeunes enfants.

Quant aux *purgatifs*, ils ont été employés dès la plus haute antiquité, mais il est impossible de leur accorder un haut degré d'efficacité. Lorsqu'on administre l'émétique à haute dose, ils sont inutiles, car les selles sont nombreuses ; lorsqu'on emploie une autre médication, ils sont administrés à titre d'adjuvants, dans le but d'entretenir la liberté du ventre. L'*huile de ricin*, la *manne*, le *sulfate de soude* ou *de magnésie*, sont les purgatifs les plus fréquemment prescrits ; je les rappellerai dans les ordonnances.

Mercuriaux. Ce n'est guère que le *calomel* qui est employé. L'Angleterre est le pays où cette médication est le plus en usage. On l'associe presque toujours à l'opium, et l'on fait précéder son administration de la saignée. On le prescrit de la manière suivante :

℞ Calomel......... 0,30 à 0,60 gram. | Opium pulvérisé... 0,08 à 0,15 gram.

Mêlez. Divisez en 6 ou 10 paquets, suivant la dose. A prendre un toutes les trois ou quatre heures.

Dans le cas où il y a un trouble plus ou moins marqué des fonctions de l'estomac, on modifie ainsi qu'il suit la prescription :

℞ Calomel............. 0,10 gram. | Poudre de Dower...... 0,10 gram.

Mêlez. A prendre toutes les trois heures.

On peut continuer l'usage de ce médicament jusqu'à ce qu'il y ait un effet produit sur la maladie ou une action sur les gencives.

Quelle est la valeur de cette médication ? On ne pourra pas le savoir tant que les

(1) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. ANTIMOINE.
(2) Voy. *Union méd.*, 29 juin 1847.

faits ne seront pas présentés par les médecins anglais autrement qu'ils ne l'ont été jusqu'à présent. On emploie assez fréquemment en Allemagne le *mercure soluble* d'Hahnemann (sous-proto-nitrate-ammoniaco-mercuriel) ; mais ce remède étant peu sûr dans sa composition, et aucun fait clinique de quelque valeur ne déposant en sa faveur, il est inutile de s'y arrêter plus longtemps.

Iodure de potassium. M. le docteur Upshur (1) imagina, dans des cas très graves, où les crachats devenaient purulents, où l'état était des plus alarmants, de donner de l'iodure de potassium à la dose de 1,25 grammes, en vingt-quatre heures, dans une infusion de houblon. Dans sept cas, il obtint un plein succès. C'est donc un moyen à tenter, bien qu'il soit à regretter que les observations de M. Upshur ne soient pas assez complètes pour qu'on puisse se faire une opinion bien arrêtée sur l'efficacité réelle de ce médicament en pareil cas.

Narcotiques. On sait que les substances narcotiques sont fort souvent employées dans les affections de poitrine. Cependant beaucoup d'auteurs les ont repoussées du traitement de la pneumonie, craignant qu'elles n'augmentassent tous les symptômes d'excitation fébrile ; mais soit qu'on les associe à des substances d'une autre espèce, soit qu'on les donne seules, elles n'ont point les inconvénients qu'on leur a supposés. L'*opium* est fréquemment administré ; il agit comme calmant, et est très utile pour procurer quelque repos aux malades. La dose ordinaire est de 3 à 5 centigrammes par jour, quand on le donne seul. Quelques médecins anglais recommandent d'en administrer 15 centigrammes après la première saignée, afin d'empêcher la réaction ; mais, ainsi que le fait observer M. Grisolle, il n'est pas démontré que ce but ait été atteint et que le résultat définitif ait été plus heureux qu'avec une autre médication.

Quelques auteurs ont plus particulièrement recommandé la *jusquiame noire.* Voici la formule adoptée par Hufeland :

♃ Racine de salep en poudre............ 2 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau tiède.......................... 60 gram.

Ajoutez :

Eau de fleurs d'oranger..	10 gram.	Sirop de guimauve........	30 gram.
Extrait de jusquiame...	0,25 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées à thé.

Rien ne prouve que l'emploi de cette substance soit supérieur à celui de l'opium.

Vésicatoires. L'usage des vésicatoires dans la pneumonie a été extrêmement répandu. On pensait qu'ils hâtaient considérablement la résolution de l'inflammation. Les recherches exactes de MM. Louis et Grisolle ont appris qu'au plus fort de la maladie ces exutoires pouvaient ajouter à l'excitation fébrile et causer de l'insomnie, et qu'à une époque plus avancée ils devenaient inutiles. MM. Rilliet et Barthez ont fait la même observation chez les enfants. Le vésicatoire doit donc être retranché du traitement de la pneumonie, surtout chez les enfants, auxquels

(1) *The med. Examiner*, Philadelphie, juin 1844 et 1845, *De l'iod. de potass. dans les dern. périod. de la pneum.*

il n'est que trop souvent appliqué, quoiqu'ils soient bien plus sensibles à son action excitante.

Diurétiques. Parmi ces médicaments, le *nitrate* et le *sous-carbonate de potasse* sont ceux qui ont été le plus fréquemment employés. Le premier est mis en usage principalement par les médecins allemands. Le docteur Most (1) associe le nitrate au sulfate de potasse dans la formule suivante :

♃ Nitrate de potasse....	8 gram.	Décocté de guimauve..	210 gram.
Sulfate de potasse....	15 gram.	Sirop d'orgeat	30 gram.

Mêlez. A prendre une ou deux cuillerées à bouche, d'heure en heure.

Ce même médicament est regardé comme très efficace, dans la pneumonie des enfants, par le docteur Goelis, dont voici la formule :

♃ Infusé de réglisse......	} ââ 30 gram.	Nitrate de potasse.....	1,30 gram.
Décocté de graine de lin.	}	Oxymel simple........	45 gram.

Mêlez. A prendre par petites cuillerées, d'heure en heure.

M. Martin-Solon (2) a donné le *nitrate de potasse* à haute dose, ainsi qu'il suit : 18, 24, 30 grammes dans trois litres de tisane pectorale sucrée, pour vingt-quatre heures.

Il a cité cinq cas dans lesquels la guérison a eu lieu à la suite de cette médication. Ces expériences ont-elles été répétées ? Je l'ignore. Ce qu'il y a de certain, c'est que le nombre de cas rapporté par M. Martin-Solon est loin de suffire pour fixer notre opinion sur le degré d'utilité de ce médicament.

Le *sous-carbonate de potasse* a été principalement recommandé par Mascagni (3). Ce médecin célèbre prescrivait :

♃ Eau commune.......	1000 gram.	Sous-carbonate de potasse.	25 ou 30 gram.

A prendre dans la journée pour unique boisson.

De quelques autres moyens recommandés par les auteurs. Parmi les remèdes regardés comme contre-stimulants par les médecins italiens, l'*acétate de plomb*, la *digitale* et l'*acide prussique*, méritent une mention. Ce sont les médecins allemands qui ont vanté l'acétate de plomb. Richter (4) unissait cette substance à l'opium, comme on peut le voir dans la formule suivante :

♃ Acétate de plomb......	0,15 gram.	Eau de cerises noires.....	300 gram.
Laudanum de Sydenham.	1,20 gram.	Sirop de sucre..........	25 gram.

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les trois, quatre ou cinq heures, suivant les cas.

Lorsque la circulation est très active, cet auteur remplace l'eau de cerises noires par une infusion de 2 *grammes* de feuilles de digitale dans six verres d'eau. La *digitale* a été aussi employée par Rasori ; mais comme elle est à peu près abandonnée, qu'on n'a nullement démontré ses avantages, et qu'elle peut avoir des inconvénients, il me suffira de citer la formule suivante, proposée par J. Frank, et dans laquelle ce médicament est uni au nitrate de potasse :

(1) *Encyk.*, t. I, p. 99.
(2) *Bull. de thér.*, mai 1847.
(3) *Mem. della Soc. ital. delle scien.* t. XI ; Modena, 1804.
(4) *Rust Magaz.*, vol. XXXIX.

℞ Feuilles de digitale pourprée. 1,25 gram. | Eau de fontaine............ 650 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction à 500 grammes.

Ajoutez :

Nitrate de potasse......... 4 gram. | Sirop simple............. 30 gram.

Mêlez. Un demi-verre chaque demi-heure.

L'*acide hydrocyanique* (prussique), recommandé par Brera, Borda, Manzoni (1), a été remplacé en Italie par l'eau cohobée de laurier-cerise, à laquelle on reconnaît les mêmes propriétés contre-stimulantes. Ces médicaments agissent-ils autrement qu'en portant du calme dans la respiration, c'est-à-dire agissent-ils autrement que les narcotiques dont j'ai parlé plus haut? C'est ce dont il est permis de douter. M. Louis fait habituellement entrer de 2 à 4 grammes d'eau distillée de laurier-cerise dans la potion émétisée qu'il administre à ses malades.

L'*hydrochlorate d'ammoniaque* a été aussi fortement recommandé. J. Frank le prescrivait ainsi qu'il suit :

℞ Hydrochlorate d'ammoniaque. 4 gram. | Miel.................... 30 gram.
Gomme arabique........... 12 gram. |

Faites bouillir quelques instants dans :

Eau................................. Q. s.

A prendre par tasses, toutes les deux heures.

Les *affusions froides* ou les *lotions* recommandées par Hildenbrand et le docteur Campagnano (2) auraient besoin, pour être admises, d'une masse considérable de faits en leur faveur. La prudence veut qu'on les repousse, ainsi que l'administration de l'eau froide, déjà vantée par Mar. Ghisi (3).

Une même réflexion s'applique à tous les médicaments que je viens de mentionner; leur action n'est pas appuyée sur les faits, ou n'a en sa faveur que des faits insuffisants. Or, comme il s'agit d'une affection grave, qui menace les jours des malades, il serait imprudent de leur accorder trop de confiance et de les adopter dans des cas sérieux, surtout quand on possède une médication dont l'efficacité est incontestable, je veux parler de la saignée combinée avec l'émétique à haute dose.

Les *fumigations* émollientes ou narcotiques ne peuvent être considérées que comme des adjuvants, et la fatigue qu'elles causent compense, et au delà, leurs avantages; aussi, ne sont-elles guère mises en usage. Les fumigations excitantes, employées comme expectorants, sont plus nuisibles encore.

Les *bains chauds* n'ont pas, d'après les expériences de M. Chomel, les inconvénients qu'on pourrait bien leur supposer au premier abord; mais comme il est fort douteux qu'ils aient de grands avantages, on les a abandonnés. Les *topiques émollients* sont employés à titre d'adjuvants. Quelques médecins prescrivent un *large cataplasme* sur la poitrine, surtout chez les enfants.

Je pourrais ajouter ici un grand nombre de médicaments préconisés par les an-

(1) *De præcip. acid. pruss. med. Facult. speci*; Patav., 1818.
(2) *Osserv. med. di Nap.*; 1834.
(3) *Lett. med.*, lett. I, p. 33.

ciens : ainsi le *polygala*, la *scabieuse*, le *chardon-bénit*, plusieurs espèces de *diaphorétiques*, d'*expectorants*, de substances qu'on croyait propres à rendre les crachats moins visqueux, etc. ; mais accumuler ainsi des prescriptions dont rien ne prouve l'utilité, ce serait encombrer la pratique sans la servir.

Traitement de quelques formes particulières de la pneumonie. On a vu plus haut quelles étaient les principales formes de la pneumonie. Y a-t-il une méthode de traitement pour chacune de ces formes, et, s'il y en a une, quelle est-elle ? Voilà ce qu'il me reste à examiner rapidement. On sera peut-être surpris de me voir élever quelques doutes à ce sujet. L'autorité des anciens médecins, les succès annoncés par Stoll dans le traitement des pneumonies bilieuses, et, dans ces derniers temps, les raisonnements et *les faits* apportés par M. Grisolle à l'appui de cette manière de voir, semblent ne laisser aucune place à la plus légère incertitude. Cependant, en étudiant la question avec beaucoup d'attention, voici ce que j'ai trouvé.

Il n'existe nulle part, sans en excepter l'ouvrage si précieux de M. Grisolle, une série de faits qui démontre évidemment que, dans une forme déterminée de la pneumonie, on doive modifier fondamentalement le traitement ordinaire. Plusieurs observations de pneumonie bilieuse sont rapportées, dans lesquelles l'emploi plus ou moins répété des éméto-cathartiques a été suivi d'une prompte amélioration : mais n'observe-t-on pas les mêmes effets dans certaines pneumonies fort ordinaires traitées par la saignée et l'émétique à haute dose ? Stoll raconte, il est vrai, l'histoire d'une épidémie dans laquelle il a cru voir qu'il était nuisible de débuter par des émissions sanguines ; mais ne suffit-il pas de quelques cas très graves nécessairement mortels, et s'offrant au médecin au début d'une épidémie, pour lui faire porter un pareil jugement ? Les faits cités par Stoll devaient d'ailleurs paraître bien plus extraordinaires à l'époque où il écrivait, que de nos jours. On ne savait pas, en effet, que les vomi-purgatifs répétés avaient une aussi grande influence sur la terminaison de la maladie, *quelle que fût sa forme ;* et témoin de quelques beaux succès obtenus sans le secours de la saignée, le moyen par excellence alors, on était naturellement conduit à regarder comme d'une nature particulière les pneumonies qui cédaient si facilement à ces moyens.

Ce que je viens de dire des pneumonies bilieuses, je pourrais facilement l'appliquer aux autres formes. N'avons-nous pas vu à l'Hôtel-Dieu, pendant l'épidémie de grippe, des pneumonies qui se présentaient sous forme adynamique, traitées par les spiritueux et les toniques, tandis qu'à la Pitié le traitement ordinaire avait tout autant de succès ?

Je pense donc qu'il est fort important de ne point exagérer la valeur de ces diverses formes, quelles que soient les autorités qui nous engagent à y avoir égard. Qu'on ne donne pas, néanmoins, à mes paroles, une portée qu'elles n'ont pas. J'admets volontiers que, lorsqu'il existe un symptôme prédominant, on doit diriger contre lui le médicament qui paraît le plus approprié ; mais la base du traitement n'en doit pas moins être formée des deux moyens véritablement efficaces indiqués plus haut : la saignée et l'émétique à haute dose. Après ces considérations, exposons en peu de mots les médications particulières qui ont été proposées.

Traitement de la pneumonie bilieuse. Rarement, suivant M. Grisolle, on doit se dispenser de la saignée ; mais on ne doit pas y insister autant que dans la pneu-

monie franchement inflammatoire, et chaque saignée doit être moins copieuse. Stoll avait souvent recours aux émissions sanguines; mais nous avons vu que, dans certaines épidémies, il les proscrivait, les regardant comme nuisibles. Bientôt après la saignée, ou tout d'abord, on prescrit un éméto-cathartique ; le suivant, par exemple :

℞ Tartre stibié..........	0,10 gram.	Eau commune..........	500 gram.
Sulfate de soude.......	15 gram.		

A prendre en trois fois, d'heure en heure.

Ce médicament peut être répété plusieurs fois ; puis on administre des purgatifs : l'*huile de ricin* unie au *sirop de nerprun*, comme le faisait Corvisart ; l'*eau de Sedlitz ;* etc. Enfin on prescrit des *lavements purgatifs*, jusqu'à ce que l'embarras gastro-intestinal ait disparu, et que le teint se soit éclairci, ce qui coïncide ordinairement avec une grande amélioration des symptômes.

Traitement de la pneumonie dite typhoïde. Les symptômes qui prédominent ordinairement dans cette forme de la maladie sont les symptômes nerveux (*pn. ataxique*) et la prostration (*pn. adynamique*). Dans le premier cas, on prescrit plus particulièrement le *musc* et le *camphre*. M. Récamier est un de ceux qui ont le plus vanté le musc. On trouve quelques observations dans les recueils de médecine, où l'on voit la maladie se terminer favorablement après l'administration de ce médicament à haute dose ; mais y a-t-il là une preuve évidente de son efficacité ? Non, assurément, et il faut, pour se prononcer, de nouvelles recherches. M. Récamier donne jusqu'à 120 centigrammes de musc dans les vingt-quatre heures. M. Accorinti (1) l'associe à d'autres substances, comme on peut le voir dans cette formule :

℞ Infusion de valériane...	250 gram.	Sirop de polygala.......	30 gram.
Musc................	0,60 gram.	Kermès minéral........	0,20 gram.

Mêlez. A prendre par grandes cuillerées, dans les vingt-quatre heures.

Le *camphre* n'est point employé seul. On peut, comme Richter (*Spec. Ther.*), l'associer au polygala senega, ainsi qu'il suit :

℞ Polygala senega..... } Sucre............... }	ãã 0,75 gram.	Camphre.............	0,15 gram.

Mêlez. Faites une poudre ; divisez en 6 paquets, à prendre un toutes les trois heures.

Je ne fais qu'indiquer ces médicaments, parce qu'il est impossible d'apprécier exactement leur valeur.

Dans la pneumonie adynamique, on prescrit les toniques, et principalement le *quinquina* et le *vin*. Dans l'épidémie de grippe de 1827, M. Nonat eut recours au *vin de Malaga*, et il pense avoir mieux réussi qu'à l'aide du traitement ordinaire. M. Grisolle cite quelques faits dans lesquels, si le vin et le quinquina n'ont point eu tout le succès que l'auteur paraît le croire, ils sont bien loin d'avoir été nuisibles. Faudrait-il expliquer avec les Italiens les bons effets du quinquina, en disant que ce médicament est un véritable contre-stimulant? Mais ce sont là des idées théoriques qui ne doivent pas trouver place dans cet ouvrage.

(1) *Il filiatre sebezio* ; 1836.

Traitement de la pneumonie intermittente ou rémittente. Si l'on a pu saisir quelques signes d'intermittence, on ne doit pas hésiter à administrer le *sulfate de quinine.* Cette recommandation ne concerne pas plus particulièrement le traitement de la pneumonie que celui de toute autre maladie; car, quelle que soit l'affection, le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'intermittence, afin d'être toujours prêt à agir en conséquence.

Traitement de la pneumonie hypostatique. Cette forme de la maladie, dans laquelle le décubitus joue un si grand rôle, doit être traitée, suivant M. Piorry: 1° par la saignée; 2° par la *diminution des boissons* qui favoriseraient l'accumulation des mucosités; 3° par les *cordiaux*, les *analeptiques;* 4° par les *expectorants;* 5° par les *vésicatoires* sur le thorax; 6° par le *décubitus varié:* on fait asseoir le malade, on le couche alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche. Sauf cette dernière partie de la prescription, ce traitement ne présente rien dont l'efficacité soit démontrée.

Des boissons *adoucissantes*, *émollientes*, prises en quantité convenable; une diète sévère au plus fort de la maladie, mais sur laquelle il ne faut pas trop insister, surtout chez les enfants et chez les vieillards, complètent le traitement.

Tels sont les divers moyens employés contre cette grave affection. L'importance du sujet exigeait les développements dans lesquels je suis entré. Je vais indiquer maintenant quelles sont les précautions générales qu'il convient de prendre.

Il arrive quelquefois que le poumon, même après que les symptômes les plus graves ont disparu, a de la peine à revenir à son état normal et reste hépatisé. En pareil cas, M. Louis (1) emploie l'*eau de Vichy* qui lui a réussi dans un cas d'une manière très remarquable. J'ai eu occasion d'employer le même médicament avec le même succès.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

1° Faire garder au malade un repos complet, au lit.

2° Entretenir une température douce et uniforme dans la chambre; redouter presque autant une trop grande chaleur et l'encombrement, que le froid.

3° Changer fréquemment de position les enfants, les vieillards, et les adultes affaiblis.

4° Prescrire un repos absolu des organes de la voix.

5° Dans le cas où des purgatifs ne feraient pas partie du traitement, administrer des lavements laxatifs, pour tenir le ventre libre.

Résumé; ordonnances. De tous les remèdes que j'ai passés en revue, il n'en est, comme on l'a vu, qu'un bien petit nombre qui aient pour eux la sanction d'une saine expérience. La saignée seule, employée modérément, a des effets limités; il n'est pas prouvé que les saignées coup sur coup aient les grands avantages qu'on a cru leur trouver. L'émétique à haute dose, employé seul, compte des succès évidents, et la combinaison de la saignée avec le tartre stibié à haute dose est le traitement qui, expérimenté et étudié avec le plus de soin, a produit les meilleurs résultats: voilà ce qu'il importe de savoir. Quant aux autres médicaments d'une efficacité hypothétique, ou n'agissant que dans des cas particuliers et contre de

(1) *Gaz. des hôp.*, mai 1847.

simples symptômes prédominants, ils ont bien moins d'importance. Appliquons maintenant, dans quelques ordonnances, ces divers traitements aux principaux cas qui peuvent se présenter.

Ire Ordonnance.

PNEUMONIE DE MÉDIOCRE INTENSITÉ, CHEZ UN ADULTE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs pectorales, édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Une saignée de 3 à 400 grammes pratiquée sans retard; la répéter deux ou trois fois les jours suivants, selon que les symptômes seront plus ou moins amendés.

3° Un julep gommeux, à prendre dans la journée.

4° Lavements émollients.

5° Diète absolue.

Ce traitement simple ne peut être suivi que dans les cas où tous les symptômes ont un caractère de bénignité. Il est rare qu'on puisse l'employer chez les enfants très jeunes et chez les vieillards; mais chez les *enfants âgés de huit ans et au-dessus*, on peut le mettre en usage, en réduisant la saignée à 150 ou 250 grammes, suivant l'âge, et en la réitérant avec plus de modération encore. Chez les vieillards, dans les cas rares où la pneumonie présente ce caractère de bénignité, on peut pratiquer la saignée presque aussi hardiment que chez les adultes. Quant aux enfants très jeunes, on remplace, en pareil cas, la saignée par une, deux ou trois sangsues à la base de la poitrine; mais il faut faire surveiller avec soin l'écoulement du sang, et l'arrêter au bout de trois quarts d'heure environ.

IIe Ordonnance.

PNEUMONIE INTENSE, CHEZ UN ADULTE.

1° Pour tisane, infusion de mauve et de coquelicot, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Immédiatement, saignée de 4 à 500 grammes; la répéter dans la journée, s'il est nécessaire; puis y insister les jours suivants, selon l'état des principaux symptômes et du pouls.

3° Si les symptômes ne s'amendent pas promptement, prescrire la potion suivante :

℞ Eau distillée de tilleul. .	400 gram.	Sirop de gomme..........	30 gram.
Tartre stibié..........	0,30 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées à bouche, dans la journée.

Si les évacuations étaient trop abondantes, on aurait recours à la formule suivante, mise fréquemment en usage par M. Louis :

℞ Infusion de sureau.......	250 gram.	Eau distillée de laurier-cerise	2 à 4 gram.
Tartre stibié............	0,30 gram.	Sirop diacode.............	35 gram.

A prendre par cuillerées.

On peut varier beaucoup ces formules, et c'est ce qu'on a fait, mais sans avantages évidents. La dose du tartre stibié peut être augmentée et portée à 40 et 50 centigrammes; mais il n'est pas parfaitement démontré que cette augmentation ait tous

les avantages qu'on lui a attribués. Quelques médecins, sans augmenter la quantité du véhicule, élèvent jusqu'à *un gramme et plus* la dose du tartre stibié ; on ne peut conseiller une pareille pratique, en l'absence de preuves en sa faveur, lorsqu'on se rappelle les accidents que peut causer cette substance, et son action sur l'arrière-gorge.

Il est permis de dire que les deux ordonnances précédentes constituent la base du traitement. En les modifiant suivant l'âge, le sexe, la force de la constitution, on peut traiter presque tous les cas de pneumonie. Voici les principales de ces modifications.

Chez les vieillards. Être un peu plus sobre de la saignée ; recourir plus promptement au tartre stibié ; le plus souvent le prescrire dès les premiers instants.

Chez les enfants. Être plus sobre encore de la saignée ; la remplacer, avant l'âge de huit ans, par deux, quatre, six sangsues, suivant l'âge, ou des ventouses scarifiées. Administrer promptement la potion suivante ;

℞ Infusion de feuilles d'oranger.	150 gram.	Sirop de sucre.	30 gram.
Tartre stibié.	0,10 gram.		

A prendre par cuillerées à thé.

Chez les femmes. La saignée doit être un peu moins abondante que chez les hommes, toutes choses égales d'ailleurs.

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE BILIEUSE.

1° Pour tisane, eau d'orge miellée.

2° Ordinairement une ou deux saignées de 250 à 300 grammes.

3° ℞ Tartre stibié.. 0,05 ou 0,10 gram. | Sulfate de soude.......... 20 gram.

Faites dissoudre dans :

Bouillon aux herbes.......................... 500 gram.

A prendre par verres, tous les quarts d'heure.

4° Le jour suivant, une bouteille d'eau de Sedlitz, ou bien :

℞ Huile d'épurge. .... 8 gouttes. | Sirop d'écorce d'orange...... 30 gram.

A prendre en deux fois.

Insister sur l'éméto-cathartique et le purgatif jusqu'à ce qu'il y ait un amendement marqué.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit plus haut à l'occasion de ce traitement.

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE TYPHOÏDE ATAXIQUE.

1° Pour tisane, légère infusion de tilleul sucré.

2° Une ou plusieurs saignées, suivant les cas.

3° Prescrire le musc à haute dose (*voy.* p. 451).

Vᵉ Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE TYPHOÏDE ADYNAMIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Fleurs de camomille romaine................. 4 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante............................ 1000 gram.

Édulcorez avec :

Sirop de quinquina...................... 60 gram.

2° Être très modéré dans l'emploi de la saignée ; s'en abstenir dès qu'on s'aperçoit que les forces sont très profondément abattues.

3° ℞ Décocté de quinquina..	150 gram.	Acétate d'ammoniaque liquide.	30 gram.
Teinture de cannelle...	10 gram.	Sirop d'écorce d'orange.....	30 gram.

A prendre par cuillerées.

4° Si les forces sont fortement déprimées, donner matin et soir de 20 à 50 grammes de vin de Malaga ou d'Alicante.

Je répète que les cas dans lesquels une pareille médication peut convenir sont au moins fort rares. M. Chomel a remarqué que l'usage d'une certaine quantité de vin était utile *chez les sujets habitués à s'enivrer ;* mais c'est là une remarque générale, et qui s'applique aussi bien aux autres maladies aiguës dont ces sujets sont atteints. La préparation d'antimoine et l'ipécacuanha, qui entrent dans la composition de la formule suivante, me la ferait choisir de préférence dans le traitement de la pneumonie adynamique.

℞ Camphre en poudre.....	2 gram.	Soufre doré d'antimoine.	0,65 gram.
Ipécacuanha pulvérisé..	0,65 gram.	Sucre...............	25 gram.

Mêlez. Pulvérisez, divisez en 12 paquets, dont on prendra un toutes les deux heures.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignée, ventouses scarifiées, sangsues ; adoucissants, émollients ; tartre stibié à haute dose ; vomitifs, purgatifs ; mercuriaux ; narcotiques ; vésicatoires ; diurétiques ; acide hydrocyanique ; fumigations ; bains.

2° *Pneumonie bilieuse.* Saignée ; éméto-cathartique ; purgatifs.

3° *Pneumonie typhoïde.* Musc ; camphre ; toniques ; spiritueux.

4° *Pneumonie intermittente ou rémittente.* Traitement de la fièvre intermittente pernicieuse.

ARTICLE III.

PNEUMONIE CHRONIQUE.

Tous les auteurs conviennent aujourd'hui que la pneumonie chronique est excessivement rare ; quelques uns, tels que J. Forbes, Stokes (1), sans émettre précisément une opinion contraire, pensent que cette affection, envisagée sous certains points de vue, est plus fréquente qu'on ne le croit. Mais on ne tarde pas à s'apercevoir : 1° qu'ils admettent comme pneumonie un commencement de tuberculisation ; 2° que, dans les cas qu'ils signalent, il est souvent question d'une irritation chronique développée aux environs de quelques lésions organiques toutes différentes. Cette manière de voir se rapproche de celle de Broussais, qui regardait la phthisie pulmonaire comme une terminaison de la pneumonie, et de celle de M. Bouillaud, qui admet une pneumonie *tuberculisatrice*. Mais dans l'histoire de la phthisie on verra que l'étude des faits est contraire à cette opinion.

Il est toujours un fait incontesté, c'est que la pneumonie chronique simple est d'une rareté telle, que Laënnec a pu se demander si elle existait réellement, et que M. Barth (2), sur cent vingt-cinq pneumonies aiguës dont il a recueilli les observations, n'a vu qu'une seule fois l'affection passer à l'état chronique. Or c'est de la pneumonie chronique simple que je dois dire quelques mots ici. Je serai fort court, parce que cette affection, ne se présentant presque jamais, n'intéresse que fort peu le praticien. D'ailleurs elle est, par cela même, très imparfaitement connue.

Les *causes* de la pneumonie chronique sont encore fort obscures pour nous. Le plus souvent, c'est une pneumonie de médiocre intensité, survenue chez un sujet de mauvaise constitution, et qui, au lieu de se résoudre, passe à l'état chronique. L'influence de l'abus de la saignée, dans la pneumonie aiguë, est loin d'être démontrée. On dit avoir vu des pneumonies débuter avec le caractère chronique dans le cours d'une bronchite chronique.

Les *symptômes* observés dans le passage de la pneumonie aiguë à l'état chronique, sont les suivants : Fièvre diminuée ou dissipée ; disparition de la douleur ; crachats blancs opaques, non visqueux, non rouillés ; quelquefois appétit. Cependant la matité persiste, ainsi que la respiration bronchique et la bronchophonie ; on entend ordinairement un gros râle muqueux, ou bien, comme on en a cité quelques exemples, on n'entend plus aucun bruit, soit normal, soit anormal. La dyspnée persiste, ainsi que la toux, qui néanmoins devient plus humide et plus facile. La fièvre, qui d'abord avait diminué ou ne s'était montrée qu'à des intervalles irréguliers, augmente au bout de quelques jours et devient continue avec des redoublements le soir. Malgré le retour de l'appétit, ni les forces, ni l'embonpoint ne se rétablissent ; plus tard l'appétit se perd encore, l'amaigrissement fait des progrès rapides, la peau reste sèche, et enfin le malade succombe dans le marasme.

Telle est la description qu'il est permis de présenter dans l'état actuel de la

(1) *A treat. on diag. and treat. of diseas. of the chest.*, p. 353.

(2) Voy. *Dict. de méd.*, art. PNEUMONIE, p. 223.

science. Si les observations deviennent plus nombreuses, on aura sans doute de nouveaux détails à y ajouter.

La *marche* de la maladie est continue et constamment croissante, quoique avec quelques exacerbations. Sa *durée* peut être de deux ou trois mois. La *terminaison* est ordinairement fatale.

Les *lésions anatomiques* consistent dans une induration et une imperméabilité marquées du tissu pulmonaire, qui est sec, de couleur grise, rougeâtre ou noir, qui plonge au fond de l'eau, qui tantôt est granulé à la coupe et à la déchirure, et tantôt n'offre qu'une surface plane, ainsi que MM. Chomel et Grisolle en ont cité des exemples, et qui enfin présente, suivant l'observation de ce dernier auteur et de M. Andral, un développement notable du tissu cellulaire interlobulaire, d'où il résulte des espèces d'intersections fibreuses formant des cloisons irrégulières. MM. Rilliet et Barthez (1) ont observé, chez un enfant, une sorte de carnification dans laquelle le poumon présentait l'aspect d'un tissu musculaire à fibres serrées. Cette lésion s'était, dans ce cas, développée d'une manière chronique ; mais on la voit aussi survenir d'une manière aiguë.

Le praticien est rarement, comme je l'ai déjà dit, appelé à établir le diagnostic de la pneumonie chronique. Cette affection ne peut guère être confondue qu'avec la bronchite chronique et la phthisie. Il suffira d'en indiquer les différences dans le tableau synoptique suivant :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pneumonie chronique et de la bronchite chronique.*

PNEUMONIE CHRONIQUE.	BRONCHITE CHRONIQUE.
Succède presque toujours, sinon toujours, à une pneumonie aiguë.	*Succède* à une *bronchite aiguë*, ou apparaît tout d'abord avec le caractère chronique.
Matité plus ou moins étendue de la poitrine.	*Pas de matité.*
Souffle bronchique, *bronchophonie*, ou *absence* de tout bruit.	*Râle sous-crépitant.*
Fièvre, *dépérissement*, *marasme.*	*Point de fièvre*, à moins d'exacerbations, point de *dépérissement.*

2° *Signes distinctifs de la pneumonie chronique et de la phthisie.*

PNEUMONIE CHRONIQUE.	PHTHISIE.
Succède à une pneumonie aiguë.	*Succède* rarement à une pneumonie aiguë.
Antécédents : Point d'hémoptysies, d'amaigrissement lent, ni de sueurs nocturnes avant les derniers jours.	*Antécédents* : Hémoptysies, amaigrissement; sueurs nocturnes, etc.
Signes de la percussion et de l'auscultation *dans un point quelconque* de la partie postérieure des poumons.	Signes fournis par la percussion et l'auscultation, *sous les clavicules.*

Quand la pneumonie chronique occupe le sommet du poumon, ce dernier diagnostic est plus difficile, et la marche de la maladie doit être étudiée avec le plus grand soin.

(1) *Pneumonie*, p. 32.

D'après les faits que nous connaissons, le *pronostic* de la pneumonie chronique est très grave ; cependant M. Chomel (1) ne porte pas un pronostic aussi fâcheux; mais les observations sur lesquelles il se fonde ne sont qu'au nombre de huit, ce qui est encore bien peu pour résoudre une pareille question.

Le *traitement* de cette affection doit nécessairement se ressentir de la pénurie des faits; aussi aucun auteur ne s'en est-il spécialement occupé. On s'est contenté de quelques indications générales et très vagues; plusieurs même passent le traitement sous silence. Le peu d'importance pratique de la maladie, vu sa extrême rareté, m'empêche moi-même d'entrer dans de grands développements à ce sujet.

1° S'il reste quelques signes d'acuité, *émissions sanguines* (saignées, sangsues ou ventouses scarifiées) très modérées.

2° Quelques *narcotiques* (opium; datura; belladone; jusquiame). On peut mettre en usage la potion suivante de Hufeland :

♃ Racine de salep en poudre................ 2 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau tiède.............................. 60 gram.

Ajoutez :

Eau de fleurs d'oranger.	10 gram.	Sirop de guimauve.........	30 gram.
Extrait de jusquiame...	0,25 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées à thé.

3° *Expectorants* (kermès minéral ; ipécacuanha; baume de Tolu, etc.).

On pourra prescrire :

Ordonnance.

1° Pour tisane :

♃ Lierre terrestre........ 10 gram. | Fleurs de tussilage....... 10 gram.

Faites infuser pendant un quart d'heure dans :

Eau bouillante.......................... 500 gram.

Passez, et ajoutez :

Sirop d'hyssope........................ 35 gram.

2° ♃ Gomme adragante pulvérisée. 0,50 gram. | Kermès minéral..... de 0,10 à 0,20 gram.

Triturez ensemble et ajoutez peu à peu :

Sirop de sucre........... 35 gram. | Infusum de lierre terrestre, 150 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Ou bien :

3° ♃ Baume de Tolu........	1 gram.	Eau....................	30 gram.
Jaune d'œuf.............	n° 1		

Mêlez. A prendre par cuillerées.

(1) *Dictionn. de méd.*, t. XXV, art. PNEUMONIE.

On peut augmenter la dose de ces expectorants, ou les remplacer par d'autres, si on le juge nécessaire.

4° *Révulsifs.* On a appliqué sur la poitrine des vésicatoires, des cautères, des sétons, des moxas. C'est au niveau du point affecté qu'on fait ces applications. Les embrocations huileuses, les frictions irritantes, sont aussi recommandées.

5° On pourrait appliquer à la pneumonie chronique le traitement employé par M. Louis (*voy.* p. 452) contre la pneumonie aiguë qui tarde à entrer en voie de résolution, c'est-à-dire donner l'*eau de Vichy*, coupée ou non avec la tisane ou du lait.

6° Un *régime* doux et léger, des vêtements de laine (flanelle sur la peau), le soin d'éviter l'action du froid et de l'humidité, le séjour dans un climat chaud, viennent compléter ce traitement, sur lequel il est inutile d'entrer dans de plus grands détails, puisque nous n'avons rien de positif à dire, et que les principaux moyens sont ceux qu'on emploie dans la bronchite chronique.

ARTICLE IV.

GANGRÈNE DU POUMON.

Quand même plusieurs auteurs, s'appuyant sur des faits observés par eux, n'auraient pas établi que la gangrène pouvait être tout autre chose qu'une terminaison de la pneumonie, il n'en faudrait pas moins consacrer un article à part à cette grave lésion de l'organe respiratoire, car elle s'annonce par des symptômes si tranchés, elle a une marche et une gravité si différentes de l'inflammation simple du poumon, qu'on ne saurait trop la distinguer, surtout dans la pratique.

Cette affection n'est pas encore parfaitement connue dans tous ses détails. Cela tient, sans aucun doute, à ce qu'elle est assez rare, et que chaque observateur n'a pu en étudier qu'un petit nombre de cas. Néanmoins tous ces cas réunis forment une masse de faits suffisante pour nous permettre de tracer une histoire assez complète de la maladie. M. Laurence (1) a déjà, en rassemblant 63 cas de gangrène du poumon, jeté quelque lumière sur les points les plus importants, et en même temps les plus obscurs de cette histoire. D'un autre côté, M. Boudet (2) a recueilli des observations intéressantes de gangrène du poumon chez les enfants, et en a tiré des conclusions importantes.

Ce n'est guère que depuis Laënnec qu'on a convenablement étudié la gangrène du poumon ; aussi est-ce principalement d'après les faits recueillis depuis l'époque où il a commencé ses recherches qu'on doit faire la description de cette maladie. Tout le monde convient, en effet, que les cas de gangrène du poumon cités par les anciens auteurs doivent être accueillis avec doute, parce que l'on confondait alors des altérations pathologiques fort différentes.

La gangrène du poumon, considérée sous le point de vue de sa *fréquence*, n'intéresse pas à un haut degré le praticien, puisque ce n'est pas là une de ces

(1) Journal *l'Expérience* ; 1840.

(2) *Rech. sur la gangr. pulm.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. II, p. 385 ; t. III, pag. 54).

maladies qui se présentent chaque jour à lui; mais c'est une affection grave, la méconnaître serait presque abandonner le malade à une mort certaine; quelques observations recueillies par des médecins distingués tendent à prouver que sa guérison n'est pas impossible : ce sont autant de motifs pour entrer dans tous les détails nécessaires, sans toutefois donner à cette affection une importance exagérée.

Laënnec a divisé la gangrène du poumon en circonscrite et non circonscrite; M. Cruveilhier a en outre décrit une gangrène sèche, et M. Briquet une gangrène des extrémités dilatées des bronches. M. Boudet l'a trouvée sous *trois formes* distinctes : en plaques, en noyaux et diffuse. Je ferai connaître, chemin faisant, ce que ces variétés ont de particulier, car elles n'ont pas une valeur assez grande pour motiver autant de descriptions particulières.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La gangrène du poumon est la mortification d'une plus ou moins grande partie de cet organe, quelle que soit la cause qui l'ait produite. Elle n'est guère connue sous d'autres noms.

Cette affection est, comme je l'ai déjà dit, assez rare. Laënnec ne l'a rencontrée que huit ou dix fois; M. Grisolle, qui s'est occupé particulièrement des maladies aiguës du poumon, n'en a pas observé un plus grand nombre; M. Andral n'en cite que trois exemples dans sa clinique, et les autres observateurs que je nommerai dans le cours de cet article ne nous en ont fait connaître qu'un nombre limité.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Le nombre trop peu considérable de faits que nous possédons ne permet pas d'apprécier rigoureusement l'influence des causes prédisposantes; cependant l'analyse des observations fournit quelques données utiles.

La gangrène du poumon a été le plus souvent observée chez les *adultes*. Cependant les enfants très jeunes n'en sont pas exempts, car on a cité l'observation d'une gangrène du poumon observée sur un énfant de quinze mois, dans le service de M. Trousseau (1). Le *sexe masculin* y prédispose sensiblement : tous les cas cités par Laënnec se sont montrés chez l'homme, et M. Laurence a trouvé que le rapport des hommes aux femmes était comme 13 à 4. Ce fait ne semblerait-il pas prouver que la gangrène du poumon succède à la pneumonie plus souvent que ne le pensait Laënnec ?

Quant à la *constitution* et au *tempérament*, tout ce qu'on peut dire, c'est que, parmi les sujets atteints de cette affection, on en a trouvé un grand nombre dans un état d'affaiblissement et de dépérissement marqué.

Le régime a été principalement étudié par M. Guislain (2). Suivant ce médecin, la plupart des aliénés qui refusent pendant longtemps toute espèce d'aliment, finissent par succomber à une gangrène des poumons; ce qu'il explique en admettant un appauvrissement du sang qui donne lieu à la gangrène. Sans nous arrêter à l'ex-

(1) *Bulletin thérapeutique*, t. XXXI, p. 451.
(2) *Mém. sur la gang. du poum. chez les aliénés* (*Gaz. méd.*, t. IV, janvier 1836).

plication, disons que l'auteur a cité plusieurs observations auxquelles on peut adresser quelques critiques. Premièrement, il est permis de croire que, dans plusieurs cas observés par M. Guislain, le refus de manger était plutôt un symptôme que la cause de la gangrène ; et en second lieu, les détails anatomiques fournis par cet auteur ne sont pas toujours suffisants pour lever tous les doutes. De nouvelles recherches sont donc nécessaires à ce sujet. M. Fischel (1) partage en partie l'opinion de M. Guislain. Il admet, en effet, pour cause l'appauvrissement et le peu d'abondance du sang. Du reste, il a constaté la grande fréquence de cette affection chez les aliénés, chez lesquels, suivant lui, elle serait sept fois plus fréquente que chez les hommes dans d'autres conditions.

Laënnec et M. Grisolle pensent que l'existence d'une pneumonie est loin d'être absolument nécessaire pour produire la gangrène ; néanmoins personne n'a nié que cette dernière affection ne fût, dans un certain nombre de cas, une terminaison de la première. MM. Andral, Grisolle, Stokes, et tous les auteurs qui se sont occupés de la pneumonie, en ont cité des exemples évidents. Peut-on dire que, dans les cas où les signes de la pneumonie n'ont pas été constatés, cette maladie existait à l'état latent ? Il est moins facile qu'on ne pourrait le penser de se prononcer sur ce point, attendu que l'absence des symptômes les plus importants de la pneumonie ne saurait, dans aucun cas, être invoquée comme une preuve suffisante de sa non-existence.

M. Genest (2) avance que l'*apoplexie pulmonaire* est la cause qui joue le rôle principal dans la plupart des gangrènes pulmonaires; mais je ne crois pas que les observations citées par lui démontrent ce fait aussi complétement qu'il semble le penser. En effet, dans ces différents cas, on voit que l'expectoration sanglante a été précédée, pendant un plus ou moins grand espace de temps, de symptômes pectoraux qui peuvent être attribués à l'existence de la gangrène pulmonaire. Il faudrait donc plutôt renverser la proposition de M. Genest, et regarder la gangrène du poumon comme donnant lieu à l'apoplexie pulmonaire, et par suite à l'hémoptysie. Déjà Laënnec avait vu des cas où la destruction des vaisseaux pulmonaires avait donné lieu à une accumulation de sang dans les cavités produites par la gangrène, et cette observation a été renouvelée depuis. Enfin M. Louis a observé des hémoptysies abondantes dans la gangrène du poumon, mais dans le cours de la maladie, et non au début. On peut dire qu'en pareil cas la gangrène produit un *ramollissement hémorrhagipare.*

On a observé la gangrène du poumon chez des sujets affectés de *fièvres éruptives* et chez les *femmes mortes en couches.* C'est surtout chez les enfants que la gangrène du poumon accompagne les fièvres éruptives. M. Tonnelé (3) a cité deux cas de péritonite puerpérale compliquée de gangrène du poumon, et M. Hervez a vu cette affection compliquer une métrite gangréneuse. M. Genest a rapporté des cas dans lesquels la gangrène du poumon s'était produite à la suite d'une *résorption purulente.* Enfin, M. Boudet admet l'existence d'une altération du sang consécutive au scorbut, ce qui n'est pas encore bien démontré.

(1) *Vierteljahrs-Zeitung*; Prag., 1847.
(2) *Gaz. méd.*, t. IV, sept. 1836.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1830; t. XXII et t. XXIII.

2° Causes occasionnelles.

Nous sommes dans une ignorance à peu près complète des causes occasionnelles de cette affection. On avait pensé que l'existence d'une pneumonie très intense était une des conditions les plus favorables pour la production de la gangrène; mais l'observation n'a pas confirmé cette manière de voir. M. Laurence croit que la *compression*, par les parois thoraciques, d'un poumon gonflé par l'inflammation, peut être une cause efficace de gangrène ; mais cette opinion n'est pas appuyée sur des faits rigoureusement observés. On a vu des *corps étrangers* introduits dans les poumons, et la compression d'un tronc vasculaire de cet organe par une *tumeur* (Carswell), donner lieu à la gangrène du poumon ; mais ces cas sont extrêmement rares. M. Golding (1) a vu, dans un cas, la gangrène se développer au milieu d'une pneumonie causée par un *coup sur la poitrine*.

En résumé, il faut reconnaître l'existence d'une prédisposition particulière qui nous échappe complétement, et qui seule pourrait expliquer la production d'une lésion dont la fréquence est loin d'être en rapport avec celle de ses causes présumées.

§ III. — Symptômes

Début. Lorsque la gangrène des poumons se déclare à la suite d'une pneumonie, on voit à une époque plus ou moins avancée de celle-ci, et sans qu'on puisse le plus souvent en reconnaître la cause, les symptômes prendre les caractères que je décrirai plus loin. Ordinairement alors, c'est peu à peu que les signes de la gangrène des poumons se manifestent, et c'est par la fétidité de l'haleine et des crachats qu'on est averti de cette modification de la maladie.

Dans les cas où la gangrène des poumons survient sans qu'on ait pu constater l'existence d'une pneumonie préalable, le *début* a lieu d'une manière variable; quelquefois un état fébrile marqué, des douleurs vives dans la poitrine, précèdent de peu de jours l'apparition des crachats à odeur caractéristique ; mais le plus souvent on observe, pendant un temps qui varie depuis un jour à un mois et plus, un malaise notable, de la faiblesse, des douleurs vagues dans la poitrine, la toux, la perte de l'appétit, en un mot un état qui peut indiquer que les organes respiratoires sont malades, mais d'après lequel on ne peut pas préciser la nature de l'affection. Chez les sujets observés par M. Guislain, les symptômes se sont produits d'une manière sourde, et ce n'est qu'au moment où l'expectoration a acquis sa fétidité caractéristique qu'on a pu admettre l'existence d'une affection du poumon.

Symptômes de la maladie confirmée. Parmi les symptômes qui caractérisent la gangrène du poumon, l'expectoration et la fétidité de l'haleine méritent une attention toute particulière.

La couleur des *crachats* varie beaucoup; ils sont tantôt d'un jaune brun ou verdâtre, tantôt d'un brun foncé, verts, sanieux, teints d'un sang noirâtre : tantôt enfin semblables à du pus. Suivant Laënnec ils sont, au début de la maladie, purement muqueux, d'un blanc laiteux, et opaques. C'est à une époque plus avancée, et par un mélange de sang corrompu ou de pus, qu'ils acquièrent l'aspect que je viens de décrire. M. Stokes a vu l'expectoration formée d'une matière noire sanieuse et

(1) *The Lancet*; London, 1848.

fluide. Dans tous les cas, les crachats sont opaques, sans viscosité, et très différents de ceux que l'on observe dans une pneumonie ordinaire. Ils ont une odeur d'une fétidité repoussante, que l'on ne peut comparer à rien, puisque c'est celle de la gangrène, qui n'a point d'analogue. Cependant M. Louis, qui a bien voulu me communiquer le résultat de ses observations à ce sujet, a observé quelques cas dans lesquels il existait une *odeur très forte de matières fécales*, et l'autopsie est venue prouver que la lésion du poumon ne présentait rien qui sortît de la règle commune. Cette odeur est souvent si forte, qu'elle remplit l'appartement du malade, dont on est obligé de renouveler l'air fréquemment; quelquefois le malade en est incommodé lui-même, mais le plus souvent il y paraît insensible.

L'*haleine* présente, en même temps, une odeur en tout semblable à celle qui est exhalée par les crachats, et lorsque le malade parle, ont la sent souvent à une distance assez considérable.

La *toux* est un symptôme constant, excepté toutefois chez les aliénés, chez lesquels M. Guislain a cherché vainement à en constater l'existence. Elle est quelquefois quinteuse, difficile, douloureuse, mais plus souvent elle est faible et pourrait passer inaperçue, si on ne la recherchait pas attentivement. La toux s'accompagne d'une *oppression* plus ou moins grande et d'une douleur siégeant ordinairement dans le côté affecté.

Quoique les signes fournis par la *percussion* et l'*auscultation* aient été décrits avec soin par les auteurs, et en particulier par Laënnec, il n'est pas rare de trouver des observations où ces moyens d'exploration ont été négligés. Ces signes varient suivant que la gangrène est parvenue à un degré plus ou moins avancé, et suivant qu'elle est *circonscrite* dans un point limité ou qu'elle s'étend à une *large surface*. C'est pour ce motif que Laënnec a cru devoir diviser la gangrène du poumon en gangrène *partielle* ou *circonscrite* et en gangrène *non circonscrite*. Mais on doit remarquer que les différences sous le rapport de l'auscultation n'existent réellement qu'à l'époque où, à la suite d'une gangrène partielle il s'est produit une excavation. C'est pourquoi il suffit, ce me semble, d'indiquer les signes qui appartiennent à la gangrène sans excavation et à la gangrène avec excavation.

Dans le premier cas il existe une *matité* plus ou moins étendue, suivant que la gangrène est ou n'est pas circonscrite. Dans les points occupés par cette matité, l'auscultation fait reconnaître un râle sous-crépitant plus ou moins abondant, accompagné souvent de souffle bronchique et de bronchophonie. Dans le cas, au contraire, où une excavation s'est produite, on entend du gargouillement, une respiration caverneuse, et une pectoriloquie plus ou moins complète. Dans le cas observé par M. Trousseau, et que j'ai déjà cité, on entendait du *râle sous-crépitant* dans toute la partie postérieure de la poitrine. Suivant Laënnec, « la résonnance de la voix, dans les excavations gangréneuses, est beaucoup plus nette et plus forte que dans les abcès du poumon ; elle n'a rien d'une espèce de *frottement* qui semble avoir lieu dans les parois de ces derniers, et qui indique leur état de *détritus;* et il est aussi rare qu'elle soit accompagnée du *souffle voilé*, que cela est commun dans les abcès pulmonaires. » Ces nuances, notées par Laënnec, n'ont point été signalées par les autres observateurs. M. Briquet (1) a

(1) *Mém. sur un mode de gang. du poum.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XI, pag. 5).

décrit une gangrène de l'extrémité dilatée des bronches qui ne s'annonce, à l'auscultation et à la percussion, par aucun des signes particuliers que je viens de mentionner, et que la fétidité de l'haleine et des crachats a fait seule reconnaître.

Pendant que ces symptômes locaux se manifestent, on observe des symptômes généraux souvent très graves. Le *pouls* est fréquent. La plupart des auteurs ont signalé sa petitesse; mais M. Louis, qui a observé avec soin plusieurs cas de gangrène du poumon, ne lui a trouvé ce caractère qu'au dernier degré de dépérissement. Il est probable que, dans un certain nombre d'observations, on n'aura constaté l'état du pouls qu'à cette époque. Quelquefois, comme on le voit dans plusieurs observations que j'ai sous les yeux, la fréquence et la faiblesse du pouls sont portées à un degré excessif. La *peau* est chaude et sèche; la *face* est profondément altérée; elle est ordinairement pâle. Les *forces* sont abattues; le malade se tient dans le décubitus dorsal. Les dents, la langue, les lèvres se couvrent d'un enduit noirâtre.

Dans des cas où la marche de la maladie était très aiguë, on a noté l'existence du *délire* et d'une *agitation* plus ou moins vive la nuit; mais le plus souvent les malades sont plongés dans la *stupeur*. Ces derniers symptômes ne se produisent ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie. C'est aussi alors qu'on a observé les *soubresauts de tendons* et une *diarrhée fétide* qui ne tarde pas à enlever aux malades le peu de forces qui leur restent. Enfin on a noté la formation d'*escarres* au sacrum et aux grands trochanters, et le *marasme*, prélude de la mort. Quelquefois la rupture d'une masse gangréneuse dans la plèvre donne lieu à un *pneumothorax*, accident annoncé par une vive douleur et par les autres symptômes de cette affection dont je ne parle pas ici, parce que j'aurai plus tard à en tracer l'histoire. Laënnec et plusieurs autres observateurs en citent des exemples. Dans les cas très rares où la maladie se termine par la guérison, tels que celui qu'a rapporté M. Golding, tous les accidents se dissipent graduellement, après une très longue durée des symptômes graves mentionnés plus haut.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est variable; dans quelques cas, elle est rapide, comme on peut le voir dans une observation remarquable rapportée par M. Bergeon (1) et reproduite par M. Cruveilhier (2). La maladie a parcouru en treize jours toutes ses périodes. Un fait rapporté par M. Stokes est encore plus remarquable, puisque la mort est survenue le quatrième jour; mais il faut dire que la gangrène s'était produite à la suite d'une violence extérieure. Dans d'autres cas, au contraire, la marche de la maladie est très lente; le début est insidieux, et le malaise qui le caractérise peut se prolonger pendant un temps fort long. Quelques observations de Laënnec nous en offrent des exemples.

Quant à la *durée*, elle est très variable; il est très difficile de l'indiquer d'une manière générale. Les malades peuvent succomber au bout de quelques jours, tandis que maintes fois on les a vus prolonger leur existence pendant un ou plusieurs mois. M. Louis a vu, dans quelques cas, l'affection durer cinq et six

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, n° 38, p. 188.
(2) *Anatomie pathologique du corps humain.*

mois. Dans le cas de guérison cité par M. Golding, la maladie dura treize mois. Toutefois la difficulté de fixer le début avec précision empêche, dans ces derniers cas, de déterminer exactement la durée de la maladie. Il est en effet très difficile de s'assurer si le malaise des premiers jours tient positivement aux premiers progrès de la gangrène des poumons, ou s'il est dû à une autre affection dont la gangrène serait la suite.

La *terminaison* de cette maladie peut-elle avoir lieu par la guérison? Cette question pourra surprendre ceux qui n'ont pas assez réfléchi sur la difficulté du diagnostic de la gangrène du poumon, et qui se rappellent les cas de guérison cités par plusieurs auteurs; mais voici ce que l'on trouve dans les observations. Les principaux faits de guérison de gangrène du poumon ont été recueillis dans les services de MM. Chomel (1), Louis (2) et Cruveilhier (3). Dans ces cas, les signes qui ont servi à porter le diagnostic ont été variables. Ainsi, dans celui qui a été recueilli sous les yeux de M. Chomel, on trouve que l'odeur des crachats et de l'haleine était fétide et *aigre*. Dans les deux autres, l'odeur est signalée comme franchement gangréneuse, ce qui est très différent, comme chacun le sait. Chez le sujet observé dans le service de M. Louis, il y avait une légère matité dans un côté de la poitrine, tandis que chez ceux qui ont été observés par MM. Chomel et Cruveilhier, la percussion ne donnait point de signe important, puisque l'on se borne à dire, dans une seule de ces deux observations, qu'il y avait un peu moins de son à droite; enfin l'auscultation n'a fourni aucun résultat dans ces deux derniers cas; et chez le malade observé par M. Louis, il n'y a eu que du râle sous-crépitant, et seulement à la fin de la maladie. M. Fournet (journal l'*Expérience*) a rapporté un autre cas de guérison, dans lequel il n'existait pour tout signe physique que l'odeur des crachats et un peu de râle muqueux. Enfin, j'ai cité plus haut celui qu'a recueilli M. Golding.

Si maintenant nous rapprochons ces faits des recherches de M. Andral sur l'odeur de l'expectoration, et surtout d'une observation qu'il a rapportée (4), nous voyons que les cas observés par MM. Chomel, Cruveilhier et Fournet laissent quelques doutes; que celui qui a été recueilli dans le service de M. Louis peut, à la rigueur, être regardé comme un exemple d'une guérison probable de gangrène du poumon, et que celui de M. Golding est le plus concluant, car il y avait à la fois une expectoration à odeur gangréneuse, les signes d'une caverne à la base du poumon, et la longue durée de la maladie.

Il suit de là que la guérison de la gangrène du poumon est extrêmement rare, et que le cas qui paraît être le plus favorable est celui dans lequel la maladie se produit après une violence extérieure. Les deux cas observés par M. Briquet, et dans lesquels l'extrémité dilatée des bronches paraissait seule frappée de gangrène, se sont terminés par la mort.

§ V. — Lésions anatomiques.

Laënnec a tracé une description complète des deux espèces de gangrène du poumon admises par lui; il me suffira donc d'y joindre quelques mots sur la lésion

(1) *Gaz. méd.*; 1833.
(2) *Journ. heb.*, t. VIII.
(3) *Gaz. des hôp.*, novembre 1842.
(4) *Clin. méd.*, t. IV, observ. VIII.

observée par M. Briquet, pour donner une idée exacte de l'altération anatomique.

Lorsque la gangrène du poumon occupe une grande étendue, et qu'elle n'a pas de limite distincte, on trouve, dans les points occupés par la maladie, le tissu pulmonaire comme engoué, humide, facile à déchirer; sa couleur varie du blanc sale au vert foncé ou au noirâtre. Parfois, sur la couleur blanc sale ou grisâtre, se remarquent des taches brunes ou d'un jaune brunâtre. Dans certains points, une infiltration notable de sang donne aux tissus un aspect livide. En quelques autres endroits, ces altérations sont portées à un degré beaucoup plus haut, car le tissu pulmonaire est converti en un de liquium putride, s'écoulant quelquefois, à la coupe, sous forme d'un liquide trouble, épais, sanieux, d'un gris verdâtre. Toutes ces parties ont la fétidité gangréneuse reconnue dans les crachats pendant la vie.

Ces altérations occupent le plus souvent une grande partie d'un lobe et quelquefois un poumon tout entier. La gangrène, lorsque ses limites sont bien tranchées, se présente sous trois formes décrites par Laënnec, mais qui ne sont que des degrés différents de l'altération. Tantôt on trouve des espèces d'escarres, en masses irrégulières, d'une couleur noire ou d'un vert foncé, humides, résistant à la pression, comparées par Laënnec aux escarres de la peau produites par la pierre à cautère. Autour de ces parties gangrenées, le poumon se montre ordinairement enflammé au premier ou au deuxième degré, ce qui annonce un travail d'élimination. Dans le second degré de la gangrène circonscrite, la partie gangrenée est réduite en bouillie putride, d'un gris verdâtre sale, et parfois teinte de sang. Enfin, soit que l'escarre se soit détachée en masse, soit qu'après s'être ramollie, ainsi que je viens de le dire, elle ait été évacuée par l'expectoration, il reste une cavité inégale, dont les parois sont couvertes d'une fausse membrane plus ou moins épaisse, molle, grisâtre ou jaunâtre, et qui contient une matière sanieuse, exhalant l'odeur de la gangrène. Dans un cas, M. Cruveilhier a trouvé, au milieu d'une de ces cavités qui contenait du pus, un fragment de tissu pulmonaire mollasse, ayant conservé les traces de son organisation, et évidemment mortifié; c'est ce qu'il a appelé *gangrène sèche du poumon*.

Suivant Laënnec, lorsque l'excavation qui résulte de l'évacuation d'un bourbillon gangréneux est d'une petite étendue, la guérison peut avoir lieu par une cicatrice pleine.

Dans les deux cas observés par M. Briquet, on trouva à la surface du poumon des cavités formées par l'extrémité dilatée des bronches, contenant un liquide visqueux, grisâtre, très fétide, et tapissées par la membrane bronchique, très molle, flasque, blanchâtre, s'enlevant par le grattage, et exhalant une forte odeur gangréneuse. J'ai déjà dit que M. Boudet avait trouvé des plaques, des noyaux de gangrène, et une gangrène diffuse.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Rien ne semble plus facile, au premier abord, que de distinguer la gangrène du poumon de toutes les autres espèces de maladies; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, il peut se présenter des cas dans lesquels l'odeur gangréneuse, qui est le signe le plus important, existe en l'absence du bourbillon gangréneux ou de la gangrène profonde dont je viens de donner la description. Les deux faits cités par M. Briquet viennent en partie nous donner l'explication de ce fait singu-

lier, car s'il est vrai que la gangrène puisse affecter la membrane muqueuse des bronches sans s'étendre plus profondément au tissu pulmonaire, on conçoit qu'on ait pu prendre pour de véritables gangrènes du poumon de simples bronchites gangréneuses. Établissons d'abord les cas dans lesquels il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic.

Si, après une pneumonie bien caractérisée, l'haleine acquiert la fétidité gangréneuse; si les crachats prennent la même odeur, et s'ils présentent les caractères physiques que j'ai décrits plus haut; si enfin la maladie se prolonge, et s'il survient un dépérissement plus ou moins marqué, on ne peut pas douter qu'il existe une gangrène du poumon.

On aura la même certitude dans les cas où la pneumonie n'aurait pas précédé le développement de la gangrène, lorsque, outre l'odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats, on constatera, par la percussion, un son obscur dans un point plus ou moins étendu de la poitrine, et dans ce même point, le râle sous-crépitant, la respiration bronchique, la bronchophonie, la respiration caverneuse, le râle caverneux et la pectoriloquie. Il est inutile de dire que les premiers de ces signes s'appliquent à l'escarre non détachée, et les derniers à l'excavation qui résulte de sa séparation.

Il est un seul point de diagnostic différentiel qui mérite encore de nous arrêter, c'est le suivant : dans quelques cas, on a vu la gangrène envahir les parois des cavernes tuberculeuses; on pourrait alors croire à l'existence d'une gangrène simple des poumons, et méconnaître l'existence de la maladie principale, c'est-à-dire de la phthisie. Mais, ayant égard aux symptômes anciens de tubercules, aux hémoptysies, au siége de la maladie, qui occupe le sommet du poumon, enfin à l'état du poumon opposé, qui est presque constamment envahi par les tubercules, on parviendra, sans beaucoup de difficulté, à établir le diagnostic.

Malgré ces données, qui ont une valeur réelle, on ne peut se dissimuler qu'il reste encore quelque chose à faire pour ajouter un dernier degré de précision au diagnostic de la gangrène des poumons, comme du reste aux autres parties de son histoire, car aucun observateur n'a encore spécialement fixé son attention sur ce sujet intéressant.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la gangrène du poumon après une pneumonie.*

Fétidité de l'haleine.
Crachats sanieux, purulents, opaques, exhalant une *odeur gangréneuse.*
Dépérissement.
Symptômes généraux intenses.

2° *Signes positifs de la gangrène du poumon en l'absence de tout symptôme de pneumonie.*

Fétidité gangréneuse de l'haleine.
Crachats, *ut suprà.*
Matité de la poitrine dans un point plus ou moins étendu.
A l'auscultation, *râle sous-crépitant*, *respiration bronchique*, *bronchophonie* (signes de l'escarre non détachée); *respiration caverneuse*, *râle caverneux*, *pectoriloquie* (signes de l'excavation).

3° *Signes distinctifs de la gangrène du poumon et de la gangrène des parois d'une caverne tuberculeuse.*

GANGRÈNE DU POUMON.	GANGRÈNE DES PAROIS D'UNE CAVERNE.
Antécédents: Point d'hémoptysie, de toux, habituelle, de dépérissement, etc.	*Antécédents :* Hémoptysie et autres symptômes de tubercules.
Un seul poumon est le plus ordinairement affecté.	Les *deux* poumons présentent des signes de tubercules.

§ VII. — Traitement.

Nous avons bien peu de chose à dire de positif sur le traitement de la gangrène du poumon ; c'est au point que plusieurs auteurs, et en particulier Laënnec, ont complétement négligé cette partie de son histoire. Chaque observateur ne pouvant en étudier qu'un petit nombre de cas, et voyant sa terminaison presque constamment mortelle, on n'a point attaché une grande importance aux moyens dirigés contre cette maladie. Voici la conduite qui a été tenue dans les principaux cas dont nous possédons les observations.

Traitement. La *saignée* a été pratiquée dans tous les cas où le pouls présentait encore une certaine force, et où il y avait une excitation marquée, surtout quand la gangrène était la suite de la pneumonie. Elle a été mise en usage dans les cas observés par MM. Chomel et Louis ; mais, dans aucun, elle ne paraît avoir eu une influence très notable. Je ne sache pas que les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* aient été appliquées dans cette affection.

Les *désinfectants*, et en particulier les *chlorures de chaux et de soude*, sont les remèdes qui ont été le plus fréquemment employés dans ces derniers temps. Dès l'année 1825, M. Récamier avait imaginé de faire entourer le malade de vases d'où s'exhalait du chlore, et de le placer ainsi dans une atmosphère chargée de fumigations guytoniennes. Quelques années après, M. Chomel prescrivit des fumigations de chlore à l'intérieur, à l'aide du procédé de M. Richard : elles furent employées chez le sujet dont j'ai déjà parlé, et qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut, ne présentait qu'une gangrène du poumon douteuse. La fétidité de l'haleine se dissipa bientôt, et le malade guérit. Ces inspirations de chlore ont été depuis pratiquées dans des cas semblables, mais sans qu'on puisse dire d'une manière positive quel a été leur résultat.

Le docteur Graves employa le *chlorure de chaux* à l'intérieur, uni à l'*opium*, chez un homme qui fut bientôt débarrassé de la fétidité de l'haleine et des crachats, mais qui ne présentait pas d'une manière bien positive la gangrène du poumon. Voici la formule des pilules qu'il administrait :

℞ Chlorure de chaux.... 3 gram.	Opium................ 1 gram.

F. s. a. 20 pilules, dont on prendra de 2 à 4 par jour

M. Fournet a prescrit, dans un cas semblable, le *chlorure de soude liquide*. Il en faisait faire des aspersions sur les draps du malade, auquel il administrait en outre la potion suivante :

℞ Eau de tilleul.......... 150 gram. Sirop de gomme........ 40 gram.	Chlorure de soude..... 20 gouttes.

A prendre par cuillerées dans la journée.

La dose du chlorure fut augmentée de 10 gouttes chaque jour, jusqu'à ce que l'on fût parvenu à 200 gouttes.

Le docteur Stokes emploie, comme M. Graves, le chlorure de chaux ou de soude uni à l'opium ; mais de plus, et pour relever les forces du malade, il administre le *vin*, et il prescrit un *régime nourrissant*. Il recommande de continuer ce traitement longtemps après que la fétidité de l'haleine s'est dissipée.

D'autres médicaments antiseptiques et toniques ont été également administrés. Parmi eux le *quinquina* tient la première place. On peut le donner à la fois par la bouche et en lavement.

Les formules suivantes remplissent très bien l'indication :

℞ Extrait de quinquina. . . .	30 gram.	Teinture de cannelle.	30 gram.
Eau.	60 gram.	Sirop de baume de Tolu. .	60 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Lavement tonique.

℞ Quinquina.	30 gram.	Eau.	400 gram.

Faites bouillir pendant vingt minutes, et passez.

Le *camphre*, l'*acétate d'ammoniaque* et plusieurs autres substances ont été également prescrits.

Je n'insisterai pas davantage sur ces diverses médications, parce que rien ne prouve qu'elles aient eu une efficacité réelle. Quant au traitement par les *vomitifs*, et en particulier par l'*émétique*, je me contenterai de le mentionner. Espérons que des observations nouvelles nous permettront d'apprécier avec plus de rigueur le traitement de cette grave maladie.

Résumé : ordonnances. On a vu que, de toutes les médications, celle qui paraît avoir eu les meilleurs résultats, quoique malheureusement dans des cas mal caractérisés, consiste dans l'emploi des chlorures, unis ou non à l'opium et au vin. L'ordonnance suivante indiquera au praticien la conduite à tenir :

Ordonnance.

1° Pour boisson, légère décoction de quinquina sucrée.

2° S'il existe encore quelques signes d'inflammation, une saignée de 250 à 300 grammes.

3° Aspersions chlorurées sur le lit du malade, et administration des pilules du docteur Graves ou de la potion de M. Fournet (*voy.* p. 468).

4° Préparations de quinquina en boisson et en lavements.

5° Si les forces du malade sont très déprimées, prescrire un vin généreux et une alimentation nourrissante (Stokes).

6° Continuer ces moyens quelque temps après que la fétidité aura disparu.

Dans les cas où il surviendrait une *hémoptysie* considérable, employer les moyens qui ont été indiqués dans l'histoire de cette affection, avec les précautions qu'exige l'état du malade.

M. Genest, qui regarde l'hémoptysie comme une des causes, et non pas comme l'effet de la gangrène du poumon, recommande le traitement préservatif suivant :

1° Si l'on soupçonne que l'hémoptysie dépend d'une altération du cœur, saignées abondantes pour préserver les poumons d'un épanchement.

2° Si l'hémorrhagie dépend d'un raptus vers les poumons, insister moins sur les saignées générales, et plus sur les saignées locales pratiquées sur des organes éloignés, ainsi que sur les révulsifs, les vésicatoires et les sinapismes vers la base de la poitrine.

J'ai dit plus haut que l'existence de cette cause, admise par M. Genest, ne me paraissait pas parfaitement démontrée, et par conséquent je regarde l'efficacité de ce traitement préservatif comme douteuse.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Saignées; chlorures; toniques; antiseptiques; vin; analeptiques; vomitifs, etc.

ARTICLE V.

MÉLANOSE DU POUMON.

Je ne dirai que très peu de mots de cette affection qui est rare, et dont les signes sont très peu connus. C'est surtout sous le point de vue de l'anatomie pathologique qu'elle a été étudiée par les auteurs, et pour le praticien ce point de vue est secondaire. Il serait très utile sans doute de constater, à l'aide des faits, quelles sont les principales circonstances dans lesquelles se produit cette maladie, et surtout d'établir ses principaux symptômes; mais, outre que les observations sont très peu nombreuses, plusieurs d'entre elles présentent si peu de détails, qu'il n'est pas possible d'en tirer des renseignements exacts. Aussi, sans rechercher si tous les cas cités par les premiers anatomo-pathologistes sous les noms de *nigredo pulmonum*, etc., étaient des mélanoses, et sans entrer dans des développements historiques fort inutiles, je vais tracer une description succincte de cette curieuse lésion.

La mélanose se présente sous plusieurs formes. Tantôt elle est en masse, enveloppée ou non d'un kyste; tantôt elle est infiltrée ou déposée à la surface de l'organe; et tantôt la matière noire qui la constitue est réunie en foyer liquide (Andral). Enfin, Bayle et M. Andral ont vu des excavations qui leur ont paru produites par l'évacuation de la matière mélanique. Les docteurs Brockmann et Archibald Makellar (1) ont décrit la *mélanose des mineurs*, dans laquelle ils ont reconnu des *altérations essentielles* consistant en une coloration noire des poumons à divers degrés, depuis les simples plaques et les stries, jusqu'à la transformation du poumon en une masse d'un noir foncé, des *altérations accidentelles* qui consistent en tubercules miliaires paraissant occuper plus souvent la partie inférieure que la partie supérieure de l'organe, et des *altérations secondaires* qui sont les adhérences de la plèvre, les épanchements dans cette cavité, le ramollissement et l'état gras du cœur, l'atrophie du foie, et la présence, dans tout le système veineux, d'un liquide noirâtre épais.

(1) *Lond. and Edinb. month. Journ.*, septembre et novembre 1845.

Lorsque la mélanose est en masse, les points du poumon qu'elle occupe augmentent de densité : c'est ce qui avait fait croire à Laënnec que l'affection était due à la production d'un tissu accidentel ; mais les nouvelles recherches, et surtout celles de Breschet, ont établi qu'elle est due à une altération particulière du sang, et non à une accumulation du pigmentum ou à une maladie particulière du tissu cellulaire, comme l'ont cru quelques auteurs.

Nous ne connaissons point les symptômes de cette affection. Laënnec admet l'existence d'une expectoration noire toute particulière ; mais les autres auteurs ont repoussé cette assertion, en s'appuyant sur les observations les plus détaillées, qui ne font pas mention de ces signes.

La mélanose, prise en masse considérable, et déposée à la surface du poumon, doit donner lieu aux signes d'auscultation et de percussion fournis par la condensation de cet organe ; mais les faits sont encore muets à cet égard. Les excavations qu'on a regardées comme le résultat de l'évacuation de la mélanose liquide étaient le siége des signes propres aux cavernes du poumon.

Voilà tout ce qu'il est permis de dire sur les signes de cette affection. J'ajoute que, dans le plus grand nombre des cas, on trouve la mélanose dans un ou plusieurs des autres organes, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans la mélanose des mineurs, MM. Brockmann et Makellar ont constaté que, d'abord à la *première période* de la maladie, il n'y a aucun symptôme qui révèle son existence ; et que la *deuxième période* est caractérisée par des troubles digestifs, des douleurs des extrémités du dos et de la poitrine, une toux sèche ou une expectoration muqueuse, de l'oppression, des palpitations. Cette période dure ordinairement plusieurs années. Dans la *troisième période*, on note : altération des traits, mélancolie, coloration noirâtre de la face, amaigrissement, faiblesse, perte de l'appétit croissante, expectoration grisâtre ou noirâtre ; coloration due à la présence de stries ou points noirâtres ; dyspnée intense, d'où le nom d'*asthme métallique;* douleurs musculaires violentes, surtout pendant la nuit et les changements de temps. Dans la *quatrième période*, on trouve : face livide, œdème des extrémités, dyspnée effrayante, expectoration noire ou gris cendré, parfois avec masses de mucus strié de noir ; fièvre hectique sans diarrhée ni sueur. La fièvre se déclare ordinairement après les douleurs musculaires et ne devient hectique qu'à la fin.

Quant au traitement, nous ne possédons pas la moindre donnée positive.

ARTICLE VI.

CANCER DU POUMON.

On trouve dans les auteurs du siècle dernier, et entre autres dans Morgagni (1), un certain nombre de cas qui peuvent être rapportés au cancer du poumon ; mais ce n'est que dans ces derniers temps, où les affections de la poitrine ont été étudiées avec tant de soin, qu'on a pu non seulement constater par l'anatomie pathologique l'existence du cancer du poumon, mais encore en étudier les symptômes et en éta-

(1) *De sedibibus et causis morb.*, édit. Chaussier et Adelon, t. VII, p. 641.

blir le diagnostic, sinon sur des bases très solides, du moins sur des données d'une certaine valeur.

MM. Bégin, Velpeau, Andral, etc., ont rapporté des cas intéressants de cette grave maladie. Plus récemment MM. Smith (1) et Helwart (2) en ont également cité des exemples ; et enfin MM. Heyfelder (3), Stokes (4), Marshall Hughes (5) et Taylor (6), ont publié sur le cancer du poumon des mémoires qui ont jeté un jour sur son histoire (7). C'est avec ces matériaux réunis que je vais tâcher d'exposer rapidement l'état de la science sur ce sujet, mais seulement sous le point de vue pratique, c'est-à-dire sous le rapport du diagnostic.

Le cancer du poumon, sans être fréquent, est moins rare que la mélanose du même organe. On a déjà pu en juger par le nombre des observations que je viens de citer. Mais M. Louis a constaté d'une manière plus précise la fréquence de cette affection. Dans des recherches inédites sur le cancer, qu'il a bien voulu me communiquer, il a trouvé que, pour la fréquence, le cancer du poumon venait après celui de l'utérus, de l'estomac et du foie. Il s'est toutefois montré beaucoup moins fréquent que celui des deux premiers organes ; mais il y avait, dans les cas observés par M. Louis, cela de remarquable, que quatre fois sur cinq, le cancer qui existait dans plusieurs points du corps à la fois, avait débuté par le poumon.

Les *causes* du cancer du poumon, comme celles de tous les cancers, sont excessivement obscures, et le petit nombre d'observations que nous possédons ne nous permet pas de rechercher, avec quelque espoir de succès, les principales circonstances dans lesquelles cette maladie se produit.

M. Stokes admet l'existence de deux espèces de cancer qui donnent lieu à des *symptômes* différents. Dans la première, c'est le tissu de l'organe lui-même qui est dégénéré en cancer, et dans la seconde il y a formation d'une masse cancéreuse qui se développe au milieu de ce tissu. Ces deux espèces ont été désignées par Laënnec (8), et plus tard par M. Walshe, sous le nom d'encéphaloïde infiltré et d'encéphaloïde en masse enkystée ou non.

Dans le *cancer infiltré*, les symptômes sont, suivant M. Stokes, toujours très obscurs, et l'on n'a, pour se guider dans le diagnostic nécessairement incertain, que la marche plus ou moins lente de la maladie et l'absence des signes des autres affections du poumon : de la phthisie pulmonaire chronique principalement.

M. Walshe est loin de partager cette manière de voir, et assigne à cette espèce les symptômes suivants : rétraction du côté de la poitrine affecté, diminution du mouvement des côtes ; diminution des vibrations thoraciques. A la percussion, son très mat, avec résistance très marquée au doigt qui percute. *La matière cancé-*

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*; 1840.
(2) *Arch. de médecine*, 1830, t. XXIV, p. 573.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. III.
(4) *A treat.*, etc., *cancer of the lungs*, p. 370.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 1841, 3e série, t. XIII, pag. 489.
(6) *The Lancet*, mars 1842.
(7) On trouve en outre, dans les *Archives de médecine*, (4e série, 1846, t. XII, pag. 456), un mémoire qui a été fait à l'aide de sept observations empruntées aux auteurs suivants : H. Fearnside. *The Lancet*, 1844 ; G. Tinniswood, *Lond. and Edinb. month. Journ.*, janvier 1840; A. Kilgour. *ibid.*, 1844 ; Krause, *ibid.*, 1844 ; Burrow, *Med. chir. Trans.*, 1844, et J. Bell, *Month. Journ. of med.*, 1846. Enfin, M. Walshe (*Diagn. of diseas. of the lungs*; Lond., 1843) a résumé avec beaucoup de soin les signes du cancer des poumons.
(8) *Auscult. med.*, t. II, p. 349.

reuse n'est-elle pas encore ramollie : respiration soufflante diffuse, ou bien, lorsque la maladie est arrivée à un très haut degré, diminution ou absence du bruit respiratoire; bronchophonie, bruits du cœur transmis avec une intensité augmentée. *Après le ramollissement de la matière cancéreuse :* son plus clair à la percussion et résistance moindre. Respiration caverneuse, râle muqueux, gargouillement, médiastin refoulé à droite et diaphragme déprimé. A ces signes, il faut joindre : le gonflement du cou et de la face, la saillie des yeux; l'œdème de la poitrine et des bras du côté malade; la dilatation des veines thoraciques et cervicales; la dysphagie; l'existence de tumeurs à la surface du corps; les *crachats gelée de groseille ;* la dyspnée.

L'auteur du mémoire des *Archives* cité plus haut, étudiant ces symptômes dans les observations qu'il a rassemblées, a trouvé (toutefois en n'établissant pas de distinction entre le cancer infiltré et le cancer en masse) que les crachats *gelée de groseille* ne se sont montrés que dans trois cas, qu'il y a eu deux fois des *crachats purulents ;* qu'on n'a noté que deux fois la lividité de la face, que l'œdème du bras a eu lieu cinq fois; celui de la poitrine et de la face deux fois, la dysphagie trois fois. Quant aux autres signes, ils n'ont eu lieu également que dans un nombre limité de cas.

Pour moi, ayant observé tout récemment un cas de cancer diffus du poumon, consécutif à un cancer de la clavicule gauche et des sept premières côtes de ce côté, j'ai observé les crachats gelée de groseille, l'œdème de la poitrine et du bras, des douleurs extrêmement vives, dues sans doute au cancer des os, et la plupart des autres symptômes signalés par M. Walshe. Dans ce cas, le cancer avait été, sans doute, primitivement extérieur, comme dans cinq des cas recueillis par l'auteur du mémoire des *Archives.*

Le *cancer en masse*, lorsqu'il a atteint un certain développement, s'annonce par des signes plus positifs, quoique, suivant l'expression de M. Marshall Hughes, il n'y en ait point de pathognomoniques. On observe alors un son obscur dans une plus ou moins grande étendue d'un côté de la poitrine; on entend quelquefois un bruit de souffle résultant de la compression des tuyaux bronchiques, ainsi qu'une résonnance marquée de la voix, et, en outre, dans des cas où la tumeur avait acquis un volume considérable, on a observé un déplacement des organes thoraciques; des signes de compression de l'œsophage (déglutition difficile, douloureuse), de la trachée, des bronches; une oblitération plus ou moins complète des veines du cou qui les rend turgescentes au-dessus de l'obstacle; enfin, dans quelques observations, des élancements douloureux dans la poitrine. La toux, une oppression plus ou moins forte, une dyspnée notable, viennent compléter l'ensemble de ces symptômes.

Dans les premiers temps, les symptômes généraux sont nuls ou très peu remarquables; mais, vers la fin de la maladie, la fièvre s'allume, et il survient un amaigrissement plus ou moins rapide, surtout lorsqu'il existe une diarrhée colliquative. L'*expectoration*, qui d'abord n'avait présenté aucun caractère particulier, devient sanguinolente. MM. Stokes et Marshall Hughes l'ont comparée à de la gelée de groseille. Le dernier de ces observateurs lui a trouvé ce caractère trois fois sur quatre.

Tels sont les principaux symptômes qu'on a observés dans les cas de cancer du

poumon. Je ne saurais mieux faire, pour en déterminer la valeur, et établir, autant que possible, le diagnostic, que de donner le résumé qui termine le mémoire de M. Marshall Hughes (*loc. cit.*, p. 494) : « Si l'on rapproche, dit-il, nos deux premiers faits de deux autres de dégénérescence cancéreuse consignés dans l'ouvrage de Stokes, on verra que chez les quatre malades affectés de cancer du poumon, l'affection existait à droite ; que tous eurent des hémoptysies plus ou moins abondantes ; que chez trois l'expectoration avait un caractère particulier, comparé par Stokes, comme par moi, à de la gelée de groseille ; que tous présentaient des traces d'obstruction des veines superficielles du côté affecté, obstructions annoncées chez trois individus par le développement des vaisseaux mêmes, et chez le quatrième par l'œdème des parties situées (relativement au cours du sang veineux) au-dessous de l'organe malade ; enfin que, chez deux, on découvrit, dans d'autres parties du corps, des tumeurs analogues. On remarquera, sous le point de vue des signes physiques, que toujours il y eut matité complète à la percussion, absence du bruit respiratoire normal et respiration tubaire ou trachéale, sans râle ou seulement avec râle bronchique. Nous sommes donc autorisés à conclure qu'il n'y a point actuellement de signes pathognomoniques du cancer pulmonaire ; mais que cependant, s'il existe des signes de solidification étendue du poumon, sans commémoratifs de pneumonie, sans phénomènes de ramollissement de produits accidentels ; si le malade a eu des hémoptysies; si les phénomènes généraux et la marche de l'affection diffèrent de ceux de la dégénérescence tuberculeuse ; si les crachats, parfois sanguinolents, ressemblent à de la gelée de groseille ; si les veines du cou, des bras, de la poitrine ou de l'abdomen, du côté malade, sont distendues, ou s'il y a un œdème local, indice d'un obstacle à la circulation veineuse, on pourra soupçonner l'existence du cancer, et ce soupçon sera encore plus fondé si l'altération existe à droite, surtout si des tumeurs se sont développées dans d'autres parties du corps. »

M. Walshe a particulièrement signalé, dans cette espèce, la dilatation de la poitrine du côté affecté. Quant aux autres symptômes, voyez ce que j'ai dit plus haut relativement à la première espèce.

On voit qu'il n'y a rien de bien positif dans l'ensemble de ces signes. Aussi, suivant M. Heyfelder (1), il n'existe peut-être qu'un seul symptôme qui différencie la pleurésie chronique du cancer du poumon : c'est l'*égophonie*.

Dans un cas fort intéressant, rapporté par cet auteur, l'égophonie n'existait point ; ce qui prouve, suivant lui, qu'il n'y avait pas de fluide dans le sac de la plèvre.

On sait que le cancer a la plus grande tendance à se produire dans plusieurs parties du corps successivement ou à la fois. Si donc, avec les symptômes indiqués plus haut, on constatait l'existence d'une tumeur cancéreuse apparente, on pourrait, comme le dit M. Marshall Hughes, porter un diagnostic bien plus positif.

Or, comme nous l'avons vu, c'est ce qui avait lieu dans cinq cas sur sept recueillis par l'auteur du mémoire des *Archives*, et c'est également ce que j'ai noté dans le cas que j'ai observé. Aussi le cancer du poumon a-t-il pu être diagnostiqué avec précision, quoiqu'il ne s'agît que d'un cancer diffus.

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. V, p. 59.

M. Bégin (1), ayant, dans un cas de cancer du poumon, observé la fétidité de l'haleine, a pensé que c'était là un signe propre à faire reconnaître cette maladie; mais les autres observateurs n'ont point noté ce symptôme, et M. Heyfelder, entre autres, a constaté avec soin son absence.

Je n'insisterai pas davantage sur cette affection encore si mal connue, et dont les cas sont heureusement si rares. J'ajouterai seulement, relativement aux moyens que l'on peut lui opposer, qu'ils doivent être puisés dans ceux que l'on dirige habituellement contre le cancer en général. On ne pourrait citer aucun essai thérapeutique fait sciemment dans un cas de cancer du poumon ; c'est ce qui a fait dire à M. Heyfelder que cette maladie était hors du domaine de la science.

Si le cancer était reconnu pendant la vie, on pourrait, sous forme de fumigation, faire parvenir dans le poumon les substances médicamenteuses qu'on aurait à mettre en usage, et en particulier les narcotiques.

ARTICLE VII.

PHTHISIE.

Autrefois le nom de *phthisie* était générique ; il s'appliquait à tout état de consomption, quelle qu'en fût la cause : aussi presque toutes les maladies chroniques des différents organes constituaient-elles des espèces particulières de phthisie. On reconnaissait des phthisies *laryngées*, *pulmonaires*, *hépatiques*, *rénales*, etc., etc. ; et quant à la phthisie dont on ne découvrait pas la cause matérielle, on lui donnait le nom de *phthisie nerveuse*. Plus tard, et surtout à l'époque où R. Morton écrivit sa *Phthisiologie*, la phthisie pulmonaire prit une importance beaucoup plus grande. Néanmoins cet auteur (2) énumère encore avec soin les diverses espèces de phthisie dues à des causes générales, ou tout à fait étrangères à une maladie des poumons. C'est ainsi que pour lui il existe une phthisie occasionnée par l'*inanition*, par l'*hémorrhagie*, la *gonorrhée*, de *vastes ulcères*, etc., etc.

Toutefois, je le répète, Morton regardait la phthisie pulmonaire comme la phthisie par excellence, et c'est à elle que son traité est plus particulièrement consacré. Le nombre des espèces qu'il en admettait était considérable. Elles étaient au nombre de quinze, toutes établies d'après la cause supposée de la maladie. Ainsi, après la *phthisie pulmonaire originelle*, c'est-à-dire celle qui n'est symptomatique d'aucun vice morbide et d'aucune affection particulière, Morton cherchait à distinguer, parmi les phthisies symptomatiques, celles qui étaient dues aux *scrofules*, au *scorbut*, celles qui accompagnaient l'*asthme*, l'*hystérie*, l'*hémoptysie*, les *calculs des poumons*, etc., etc. Il est inutile de faire ressortir tous les vices de ces divisions, dont le moindre défaut est d'être fondées sur de pures hypothèses. Les auteurs qui ont suivi Morton jusqu'à Bayle ont également admis un grand nombre d'espèces de phthisies ; ainsi Sauvages (3) et Portal (4) en ont décrit l'un vingt et l'autre quatorze.

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 489.
(2) *Op. med.*; Lugd., 1737, t. I.
(3) *Nosologia method.*
(4) *Observ. sur la nat. et le trait. de la phthis. pulm.*; Paris, 1809, 2 vol. in-8.

Bayle (1), qui n'appliqua plus le nom de *phthisie* qu'à la consomption due aux maladies chroniques des poumons, ne reconnut que six espèces, dont il trouvait les caractères dans les altérations anatomiques de ces organes. Ces espèces sont : 1° la *phthisie tuberculeuse*, 2° la *phthisie granuleuse*, 3° la *phthisie avec mélanose*, 4° la *phthisie ulcéreuse*, 5° la *phthisie calculeuse*, et 6° la *phthisie cancéreuse*. Il y a, comme on le voit, un progrès réel dans cette nouvelle division, et cependant elle est encore très défectueuse. La phthisie granuleuse ne saurait être séparée de la phthisie tuberculeuse dont elle fait nécessairement partie. La mélanose, se montrant dans des cas de tubercules pulmonaires, n'est qu'une complication ; et lorsqu'elle existe seule, elle constitue une maladie particulière. Il en est de même de la phthisie cancéreuse ; et quant aux phthisies calculeuse et ulcéreuse, la première appartient, comme on le verra plus tard, aux tubercules des poumons, et la seconde à plusieurs maladies différentes.

Plus récemment, le professeur J. Frank a en partie reproduit les anciennes divisions. C'est ainsi qu'il décrit séparément, et *comme des maladies spéciales*, les phthisies scrofuleuse, arthritique, carcinomateuse, hémorrhoïdale, scorbutique, syphilitique, métastatique et la vomique. Les médecins sont aujourd'hui trop familiers avec la pathologie et l'anatomie pathologique des voies respiratoires, pour qu'il soit nécessaire de faire ressortir tous les défauts d'une division semblable.

Laënnec, mettant de côté la plupart de ces espèces, ne conserva que la *phthisie tuberculeuse*, la *phthisie nerveuse*, et le *catarrhe simulant la phthisie*. Mais même en admettant qu'il existe des consomptions purement nerveuses, on ne saurait logiquement les rapprocher de la phthisie tuberculeuse ; et pour le catarrhe simulant la phthisie, la difficulté du diagnostic ne change rien à la nature de cette maladie, qui diffère essentiellement des tubercules pulmonaires.

J'appliquerai donc uniquement, à l'exemple de M. Louis, et avec la presque totalité des médecins de notre époque, le nom de *phthisie* à l'affection tuberculeuse des poumons, dont je traiterai exclusivement dans cet article.

Les travaux sur cette grave maladie datent de la plus haute antiquité : Hippocrate en parle fréquemment dans ses ouvrages, et tout le monde sait ce qu'il en a dit dans plusieurs de ses aphorismes.

Le nombre des auteurs qui ont ensuite publié leurs observations ou leurs théories à ce sujet est tel, que la simple nomenclature me ferait sortir des bornes de cet article. Je ne dirai donc rien de particulier ici sur les principaux écrits publiés à diverses époques ; j'aurai à les mentionner dans le cours de cet article, en suivant toutefois d'une manière spéciale les beaux travaux de Laënnec, les observations de M. Andral, et surtout les recherches de M. Louis, qui ont jeté un si grand jour sur les principaux points de l'histoire de cette maladie.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La phthisie est, comme je viens de le dire, le résultat du développement de tubercules dans le parenchyme des poumons.

On lui a donné les noms de *tabes*, *étisie*, *consomption pulmonaire*, *tubercules des poumons*.

(1) *Rech. sur la phthis. pulm.*; Paris, 1810.

La *fréquence* de cette maladie est si grande, que tous les médecins en ont été frappés. On a généralement calculé que la phthisie entrait pour un quart ou au moins pour un cinquième dans la mortalité générale des grandes villes. Quoique ce calcul ne soit qu'approximatif, il prouve néanmoins combien est fréquente cette redoutable affection. M. Benoiston de Châteauneuf a publié une statistique (1) de laquelle il résulterait que la phthisie pulmonaire est un peu moins fréquente qu'on ne le pense; mais il faut remarquer qu'à l'époque où cette statistique a été faite, le diagnostic était beaucoup moins certain, et que M. de Châteauneuf met au nombre des causes de mort les plus fréquentes le catarrhe pulmonaire. Or il ne sera pas un instant douteux, pour ceux qui ont étudié avec soin les maladies de poitrine, que ces prétendus catarrhes pulmonaires ne fussent, pour la plupart, de véritables phthisies.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Lorsque l'on admettait comme causes de la phthisie les principales circonstances dans lesquelles les sujets se trouvaient placés, ou le tempérament qu'ils présentaient, ou enfin les maladies les plus remarquables auxquelles ils étaient sujets, on n'avait pas de peine à assigner des causes à cette maladie. Mais dès qu'on a voulu porter plus de sévérité dans les investigations, on s'est aperçu que la question devenait très difficile. Cependant on n'a pas reculé devant les recherches, et c'est après avoir consulté les principaux travaux, que je vais exposer ce que nous savons de plus positif sur ce point encore obscur.

L'*âge* est une des causes prédisposantes étudiées avec le plus de soin depuis les temps les plus reculés de la médecine. C'est de vingt à quarante ans, suivant M. Lombard (de Genève), que cette maladie occasionne le plus fréquemment la mort (2). D'après lui, les enfants y sont moins sujets que les adultes, et beaucoup plus que les vieillards. Cet auteur, analysant un total de 9,549 cas de phthisie, a précisé davantage, en divisant la durée de la vie des sujets par dizaines d'années; mais les trois grandes divisions que je viens de citer sont suffisantes. C'étaient là les principales données que nous possédions sur ce point d'étiologie, lorsque les recherches de MM. Papavoine (3) et de M. Hache (4) sont venues modifier ces proportions. Le premier a, en effet, trouvé des tubercules chez les trois cinquièmes des enfants qui ont succombé, et, sur 194 sujets autopsiés par le second à l'hôpital des Enfants, 66 avaient des tubercules dans les poumons. A quoi tient cette dissidence? Sans doute à la plus grande exactitude des recherches de MM. Hache et Papavoine.

Le *sexe* a également une influence marquée dans la production de la phthisie. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, et cela d'une manière notable. Non seulement elles la présentent beaucoup plus fréquemment (environ comme 5 est à 3, d'après les relevés statistiques de M. Lombard), mais encore elles succombent plus souvent que les hommes aux phthisies aiguës, dont la marche est très rapide.

(1) *Annales d'hygiène publique.*; Paris, 1831, t. VI, p. 5 et suiv.
(2) *Annales d'hygiène*; Paris, 1834, t. XI, p. 5 et suiv.
(3) *Journal des progrès*, t. II; 1830.
(4) Thèse, Paris, 1835.

Une *constitution faible*, *l'étroitesse de la poitrine*, la *facilité à contracter des rhumes*, *l'essoufflement habituel*, la *pâleur* avec une rougeur vive et circonscrite des pommettes, dénotent, suivant un bon nombre d'auteurs, une tendance très grande à contracter la phthisie pulmonaire ; mais cette opinion n'a pas pour elle l'appui d'une observation rigoureuse, et il est permis de croire que, dans un grand nombre de cas, ces prétendus signes ne sont autre chose que des symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà existante, qu'on n'a point encore pu diagnostiquer positivement.

La nature des lésions anatomiques trouvées dans les glandes chez les sujets *scrofuleux*, et la coïncidence des scrofules et de la phthisie signalée par un grand nombre de médecins, ont fait penser qu'il y avait entre ces deux affections une liaison intime. Je ferai voir à l'article consacré aux *scrofules* que cette manière de voir est loin d'être fondée.

Il semble que rien ne soit plus facile que d'apprécier l'influence des *saisons* et des *climats*, sur le développement de la phthisie ; mais le trop petit nombre de statistiques bien faites que nous possédons, et l'incertitude du diagnostic dans certains cas, nous empêchent de pouvoir encore nous prononcer d'une manière positive sur cette importante question.

On s'accorde généralement à regarder comme produisant très fréquemment la phthisie l'habitation dans des lieux bas et mal aérés, et dans des climats froids et humides. Suivant le docteur Orton, la phthisie serait inconnue dans le Canada (1); il n'en est pas de même à la Martinique, car M. Rufz (2) a trouvé 123 phthisiques sur 1,954 malades. Parmi les saisons, l'automne et l'hiver, et principalement la première, sont considérés comme exerçant la plus grande influence. On regarde aussi comme très propre à produire la maladie le passage d'un pays chaud dans un pays froid, et principalement dans un pays froid et humide. Broussais (3) a insisté beaucoup sur l'action puissante de cette cause ; d'autres ont cité comme preuve de son efficacité la fréquence de la phthisie chez les animaux venant des pays chauds dans notre région tempérée. Mais ni Broussais ni le docteur Clot-Bey, qui a fait des observations analogues en Égypte, n'ont établi une distinction suffisante entre les phlegmasies qui se développent sous l'influence de l'action du froid prolongé, chez des sujets déjà tuberculeux, et la première apparition des tubercules. Toutefois il n'est pas impossible que ces diverses circonstances aient une influence très marquée ; mais il y en tant d'autres dont on n'a pas tenu compte, et qui peuvent avoir une action très puissante, qu'il faut attendre, avant de se prononcer, qu'une masse considérable de faits soient venus nous éclairer.

M. Louis a cité les relevés de M. Journé dans les hôpitaux de Rome (4), qui prouvent que la phthisie y est aussi fréquente que dans les hôpitaux de Paris, résultat auquel devaient être bien loin de s'attendre ceux qui attribuent une si grande influence au climat. On ne saurait donc être trop réservé dans la solution

(1) *The Edinb. med. and surg. Journal*; 1844.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1842, t. VII, p. 617. — *Mémoires de l'Acad. de méd.*; Paris, 1843, t. X, pag. 223.

(3) *Hist. des phlegmas. chron.*

(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. III, p. 542. — Voy. aussi l'intéressant ouvrage de M. le docteur Édouard Carrière : *Le Climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical*, Paris, 1849, pag. 335.

de questions aussi ardues, et c'est pourquoi je ne reproduirai pas le relevé statistique, d'ailleurs intéressant, présenté par M. Andral dans son *Cours de pathologie* (t. I, p. 448, 1re édit.).

La *mauvaise alimentation*, le séjour dans un *lieu sombre et humide*, mal aéré; l'*encombrement*, les *excès* de toute espèce, et en particulier les *excès vénériens* et l'habitude de la *masturbation*, ont été encore classés parmi les causes prédisposantes de la phthisie pulmonaire. Laënnec (*loc. cit.*, p. 119) accorde une très grande influence aux *passions tristes;* il cite à ce sujet des exemples qui, sans être tout à fait concluants, doivent fixer l'attention des observateurs. On est naturellement porté à admettre l'action de ces causes, lorsque l'on considère que la phthisie est surtout fréquente chez les habitants des grandes villes, et en particulier parmi les sujets des classes inférieures qui y sont spécialement soumis; mais ce n'est qu'à leur ensemble qu'il nous est permis de rapporter la production de la phthisie, car il n'existe aucun travail qui nous mette à même d'apprécier d'une manière un peu rigoureuse le degré d'influence de chacune d'elles.

A propos de la *masturbation* et des *excès vénériens*, on a dit que les phthisiques y étaient portés irrésistiblement, et par conséquent on pourrait croire que les habitudes de ce genre annoncent une prédisposition aux tubercules des poumons; mais comme on le verra plus loin, rien n'est moins exact que cette proposition.

L'*inspiration de poussières* plus ou moins irritantes et de différents *gaz* expose, dit-on, les ouvriers de certaines professions à contracter la phthisie pulmonaire; mais, dans les relevés qui ont été publiés à ce sujet, le diagnostic est trop peu précis, et le nombre des sujets exerçant les diverses professions n'est point encore assez bien déterminé pour qu'on puisse admettre sans réserve un pareil résultat.

Quelques auteurs ayant avancé que la plus grande fréquence de la phthisie chez les femmes tenait à l'usage de *corsets trop serrés*, on a dû rechercher dans les observations si cette assertion était prouvée par les faits, et les faits lui ont été contraires.

L'existence d'une *pneumonie* ou d'une *pleurésie* peut-elle être regardée comme une cause prédisposante de la phthisie? Broussais (1) n'hésite pas à regarder ces deux prétendues causes comme les plus importantes, et, pour lui, elles sont même déterminantes; mais l'étude attentive des affections de poitrine ne permet pas d'adopter cette manière de voir. Si, en effet, on considère que la pneumonie et la pleurésie sont notablement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, et que ces deux affections ont leur siége à la partie inférieure de la poitrine, on concevra bien difficilement qu'elles puissent produire la phthisie, qui est au contraire notablement plus fréquente chez les femmes, et qui a son siége au sommet du poumon, c'est-à-dire dans un point diamétralement opposé.

M. Andral, tout en admettant que les phlegmasies dont il s'agit jouent un certain rôle dans la production de la phthisie, pense qu'il faut encore admettre, pour en expliquer la formation, la préexistence d'une disposition particulière. Voici sur quoi il s'est fondé : On a vu quelquefois, et M. Andral en cite des exemples, l'invasion des tubercules avoir lieu immédiatement, ou très peu de temps après une pneumonie ou une pleurésie. En outre, cet auteur a rencontré, dans quelques

(1) *Hist. des phlegmas. chron.*, 3e édit., t. III, p. 393.

cas de pneumonie, des foyers purulents isolés et très petits, qui lui ont paru être des rudiments de tubercules pulmonaires. Ces apparences ont suffi pour lui faire adopter l'opinion précédente ; mais, 1° la phthisie se développe quelquefois immédiatement après d'autres maladies fébriles étrangères au poumon : la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, la scarlatine, etc.; et 2° lorsque je discuterai la valeur des lésions anatomiques, j'exposerai les graves objections qui s'élèvent contre cette appréciation des petits foyers purulents de la pneumonie. De plus, j'établirai entre l'inflammation et la tuberculisation du poumon de telles différences, qu'on ne pourra plus voir rien de commun entre elles.

M. Bouillaud (1) a admis, pour expliquer la production de la phthisie, une nouvelle espèce de pneumonie, à laquelle il donne le nom de *tuberculeuse* ou de *tuberculisatrice*, et qui, selon lui, diffère beaucoup de la *pleuro-pneumonia vera* de Stoll. C'est là une manière de voir qui aurait besoin d'être appuyée de faits nombreux, et qui n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

Des réflexions à peu près semblables s'appliquent à l'influence qu'on a attribuée au *catarrhe pulmonaire*. M. Louis a trouvé, en effet, que sur 80 phthisiques 23 seulement étaient sujets à la bronchite. De plus, il a fait remarquer que les femmes, qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut, sont plus sujettes à la phthisie que les hommes, présentent une disposition inverse relativement au catarrhe pulmonaire. Enfin, il a cité des faits dans lesquels la maladie a commencé tout autrement que par une bronchite.

Quant à l'*hérédité*, il est difficile d'asseoir son opinion sur des preuves très positives. On a cité, il est vrai, un assez grand nombre de faits pour prouver que cette maladie est une de celles qui se transmettent le plus facilement par l'hérédité ; mais dans quelle proportion se transmet-elle? C'est ce que les recherches les plus exactes, et entre autres celles de M. Briquet (2) ne nous permettent pas d'établir.

Je n'examinerai pas les autres causes qui ont été signalées comme prédisposant à la phthisie, car aucune d'elles n'est appuyée sur un nombre suffisant d'observations bien faites. Je me bornerai à dire que tout ce qui peut détériorer la constitution des jeunes sujets a été rangé parmi ces causes.

2° Causes occasionnelles.

Au nombre des causes que je viens d'énumérer, il en est quelques unes, et en particulier les diverses phlegmasies du poumon, qui, si elles étaient admises, pourraient être rangées parmi les causes occasionnelles aussi bien que parmi les causes prédisposantes ; mais nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser de leur action.

L'*application subite du froid* sur le corps, surtout lorsqu'on est en sueur, est à peu près la seule cause déterminante qui ait été signalée ; et encore est-elle hypothétique, car, lorsqu'on entre dans le détail des observations, on ne tarde pas à s'apercevoir que la plupart d'entre elles sont muettes sur ce point, et que celles qui en font mention ne donnent le plus souvent que des renseignements insuffisants.

(1) *Clin. méd. de la Charité*, t. III, p. 93.
(2) *Revue méd.*; 1842.

Les réponses du malade n'ont, en effet, dans le plus grand nombre des cas, établi aucune liaison directe entre l'action de la cause prétendue et le début de la maladie. Suivant Laënnec, les *fièvres intermittentes graves* paraissent être assez souvent des causes occasionnelles de tubercules; d'un autre côté, M. Boudin (1) affirme que la phthisie et la fièvre intermittente s'excluent mutuellement; ces deux assertions ne sont pas plus exactes l'une que l'autre.

Le dernier de ces deux auteurs a défendu l'antagonisme de la fièvre intermittente et de la phthisie avec beaucoup d'érudition et d'ardeur; mais tous les jours des faits cités par des observateurs dignes de foi s'élèvent contre cette supposition. Je citerai M. A. Lefèvre observant à Rochefort (2), M. Fréchin observant à Maussanne (3), M. Alexander (d'Altona), au Pérou, au Chili, dans la Nouvelle-Hollande (4), M. Rufz, à la Martinique (5), et je pourrais multiplier ces citations.

Je ne parlerai pas des *coups* reçus *sur la poitrine*, des *grands efforts de la voix*, de la *toux*, etc., parce que ce sont là de pures hypothèses entièrement dénuées de preuves. Quant à la *contagion*, elle n'est plus admise aujourd'hui.

M. Briquet a constaté que dans les quatre dixièmes des cas on ne pouvait découvrir aucune cause occasionnelle. Je crois que ce nombre serait beaucoup plus considérable, si l'on ne se contentait pas des assertions des malades.

§ III. — Symptômes.

Pour faire une description plus méthodique des symptômes de la phthisie, on a généralement divisé cette maladie en plusieurs périodes ou degrés. Avant Laënnec, on reconnaissait trois périodes bien tranchées; mais cet auteur, et plus tard M. Louis, ont divisé l'affection en deux périodes seulement, dont l'une correspond à l'état de crudité des tubercules, et l'autre à leur ramollissement et à leur évacuation. M. Andral n'admet aucune de ces divisions, attendu que les symptômes se succèdent sans aucune ligne de démarcation évidente. Cette remarque est juste, mais il n'en est pas moins vrai que, suivant qu'on examine la maladie à une époque plus ou moins avancée, on voit prédominer tels ou tels symptômes, et que ceux qui existent subissent des modifications évidentes. C'est pourquoi, après avoir dit un mot du début, je décrirai successivement les deux périodes admises par Laënnec et par M. Louis.

Début. La maladie commence presque toujours d'une manière lente, et pour ainsi dire insidieuse. Il est rare, ainsi qu'on l'a vu plus haut, qu'on puisse la rapporter à une cause connue. Une petite toux, plus fatigante par sa persévérance que par son intensité, et que les malades appellent ordinairement un rhume d'irritation, ouvre presque toujours la scène. Cette toux est sèche; ordinairement plus fréquente le soir. Une certaine langueur, un léger essoufflement dans les grands mouvements, et surtout dans l'action de monter; un amaigrissement peu prononcé et quelquefois des sueurs nocturnes, sont les premiers symptômes que l'on observe après la toux. Dans un nombre assez considérable de cas, le début a lieu d'une

(1) *Traité des fièvres intermittentes*; Paris, 1842. — *Annales d'hygiène publique*, 1845, t. XXXIII, p. 58.
(2) *Bullet. de l'Acad. de médecine*, 1845, t. X, p. 1041.
(3) *Bull. thér.*, janvier 1844.
(4) *Oppenheim's Zeitschrift*; 1846.
(5) *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1843, t. X, p. 223.

tout autre manière, et soit que le malade n'ait eu que des symptômes trop légers pour être remarqués, soit qu'il n'en ait éprouvé aucun, il n'est prévenu du début de la maladie que par une hémoptysie plus ou moins considérable. Cette forme du début de la phthisie a été notée dès la plus haute antiquité : Hippocrate lui a consacré un aphorisme, et c'est elle qui a valu le nom de *phthisis ab hemoptoe* à une des nombreuses espèces admises dans le siècle dernier (1). Tel est le début de la phthisie, sur lequel il est souvent difficile d'obtenir des renseignements précis de la part des malades.

Première période. La *toux* est, ainsi que je viens de le dire, le symptôme qui frappe d'abord l'attention. Chez un petit nombre de sujets, elle reste sèche, comme au début, pendant plusieurs mois ; mais ordinairement elle s'accompagne d'une petite quantité de crachats mousseux, clairs, semblables à de la salive battue. Cette toux, toujours plus considérable la nuit, est, chez quelques sujets, quinteuse et très difficile ; chez un petit nombre, elle n'existe pas dans cette première période, et même ne se montre qu'à la fin de la seconde. M. Louis a vu quelquefois ce symptôme, après avoir existé un certain temps, cesser complétement, pour ne se montrer ensuite que dans les derniers jours de l'existence. M. Andral a fait la même remarque. Lorsque la toux est très forte, elle occasionne beaucoup de dyspnée, et parfois, comme l'a constaté le premier des auteurs que je viens de citer, une sensation pénible à l'épigastre. Quelquefois, enfin, et surtout après les repas, elle provoque le vomissement.

Les *crachats* restent ordinairement longtemps tels que je les ai décrits plus haut ; quelquefois, néanmoins, ils deviennent assez promptement épais, plus opaques, moins aérés. Chez quelques sujets, ils prennent une couleur verdâtre ; mais ces changements surviennent bien plus ordinairement au commencement de la deuxième période. Lorsque la maladie a une marche rapide, les crachats, ainsi que l'a constaté M. Louis (*loc. cit.*, p. 190), sont quelquefois très abondants ; il a vu les malades en rendre de 300 à 600 grammes dans une journée.

La *dyspnée*, que nous avons vue excitée principalement par les quintes de toux, fait des progrès à mesure qu'on avance vers la deuxième période. Elle devient plus continue et augmente beaucoup lorsque les malades veulent courir ou faire une ascension rapide. Le soir, et surtout lorsqu'il survient un mouvement fébrile, on voit, chez un grand nombre d'entre eux, l'essoufflement augmenter par des causes légères. Quelques malades, et ce ne sont guère que ceux qui n'éprouvent pas de fièvre dans les premiers temps de la maladie, n'ont qu'une dyspnée médiocre, jusqu'à ce que l'altération des poumons ait fait des progrès considérables. D'autres, au contraire, ont une dyspnée très grande : c'est ainsi que M. Louis a vu trois malades obligés, pour respirer, d'avoir la tête élevée dans leur lit, ou de se mettre à leur séant ; et cependant, à l'ouverture du corps, on ne trouva rien pour expliquer cette anomalie. C'est surtout vers la fin de la première période, et dans la seconde, que cette dyspnée se manifeste.

On observe en même temps une *oppression* très variable, et rapportée, dans la très grande majorité des cas, à la partie moyenne de la poitrine. Il est très rare, dans les cas où un seul poumon est atteint, que les malades accusent des *douleurs* plus vives dans le côté affecté que dans l'autre.

(1) MORTON, *Phthisiologia*.

L'*hémoptysie* est un symptôme notablement plus fréquent dans la première période de la maladie que dans la seconde, ce qui prouve qu'elle n'est pas due à la destruction même du poumon, mais à un travail particulier dont la nature nous est inconnue. Quelquefois, comme je l'ai dit plus haut, elle est le premier symptôme évident; quelquefois aussi elle apparaît assez tard; mais le plus ordinairement elle a lieu à une époque assez rapprochée du début, déjà marqué par la toux, la dyspnée et les crachats. La violence de l'hémorrhagie est très variable. Quelquefois on observe une de ces hémoptysies extrêmement abondantes, dont j'ai donné la description (voy. *Hémoptysie*). Chez un certain nombre de sujets, la perte de sang n'a qu'une abondance moyenne, et enfin, dans le plus grand nombre des cas, il existe un simple crachement de sang qui se renouvelle à des époques plus ou moins éloignées. Je renvoie, du reste, pour plus de détails, à l'article *Hémoptysie*, où j'ai fait connaître le résultat des recherches de M. Walshe sur ce point. J'ajoute seulement que ce symptôme a une importance incontestable, puisque M. Louis l'a trouvé dans les deux tiers des cas.

Un bon nombre de sujets n'éprouvent aucune espèce de *douleur*. Il n'en est que très peu qui se plaignent spontanément de souffrir de la poitrine, et moins encore qui accusent des douleurs vives. Le siége de ces douleurs est ordinairement entre les deux épaules. Quelquefois elles traversent la poitrine comme un élancement, et c'est alors surtout qu'elles arrachent des plaintes aux malades; d'autres fois elles fatiguent plus les sujets par leur persistance que par leur intensité. M. Louis (p. 206) a trouvé que ces douleurs étaient généralement en rapport avec les adhérences de la plèvre, qui existent, comme on sait, de préférence au sommet des poumons. Dans quelques cas, et en particulier dans sa 31ᵉ observation, n'ayant pas trouvé d'adhérence, il a été embarrassé pour expliquer l'existence des douleurs, et n'a pas été éloigné de les attribuer à la présence d'un tubercule enkysté dans le poumon; mais les recherches récentes (1) ont démontré que les phthisiques étaient sujets à des névralgies intercostales quelquefois très violentes, et tout porte à croire que la malade qui fait le sujet de cette observation était affectée d'une de ces névralgies.

M. Beau (2) a trouvé, chez un certain nombre de malades, la cause de ces douleurs dans une véritable inflammation du nerf recouvert par les fausses membranes. Cette inflammation était reconnaissable au gonflement et à la rougeur du nerf. Nous verrons que le même auteur a rapporté à une lésion semblable le point de côté de la pleurésie.

L'*auscultation* et la *percussion* font reconnaître des signes extrêmement précieux, et ces signes ont été observés et décrits par Laënnec avec une telle précision, qu'il a laissé peu à faire à ses successeurs.

La *percussion* fait entendre, dans un point limité de la poitrine, presque toujours sous l'une ou l'autre des deux clavicules, ou dans l'une ou l'autre des fosses sus-épineuses, et quelquefois des deux côtés en même temps, un son plus obscur qu'à l'état normal.

Quant à l'*auscultation*, elle fournit des renseignements plus nombreux. A une époque très rapprochée du début, lorsque la maladie ne parcourt pas ses pé-

(1) Voy. BASSEREAU, *Thèse*; Paris, 1840. — VALLEIX, *Traité des névralgies*; Paris, 1841.
(2) *Union médicale*, 21 juillet 1849; *De la névrite interc. dans la phthisie.*

riodes d'une manière plus rapide qu'à l'ordinaire, on ne constate qu'une altération très légère du bruit respiratoire. Cependant on peut reconnaître un *prolongement* plus ou moins marqué de l'*expiration*, sur lequel Jackson a le premier attiré l'attention ; ce second temps de la respiration prend en même temps le caractère bronchique. Parfois on distingue une sécheresse, une certaine dureté du bruit respiratoire, que quelques observateurs récents ont décrites sous les noms de *bruit râpeux*, *respiration dure*, *sèche*, *froissement palmonaire*. Certains sujets ne présentent, dans les points que je viens d'indiquer, qu'un affaiblissement sensible du bruit respiratoire.

On a aussi, à cette époque, constaté par l'*inspection* un commencement d'immobilité des côtes sous-claviculaires, et, par l'*application de la main*, une augmentation de vibration lorsque le malade parle (1). Ces signes sont présentés avec soin dans un ouvrage fort bien conçu sur le *diagnostic des maladies de poitrine*, par M. Walshe (2), mais ils n'ont qu'une valeur secondaire. J'en dirai autant de la forme *cylindrique* que prend le thorax, et qui a été signalée par MM. Woillez et Hirtz.

A une époque un peu plus avancée de cette période de la maladie, ou dès les premiers temps chez les sujets affectés d'une phthisie à marche rapide, il se produit, dans le côté de la poitrine affecté, non seulement les bruits qui viennent d'être signalés, mais encore un râle *crépitant léger*, quelques *craquements*, un peu de *râle sonore*, une *bronchophonie* légère et diffuse, tous signes dont la valeur est très grande. Je reviendrai sur ces détails à l'occasion du diagnostic.

Généralement l'*appétit* se maintient et la soif reste naturelle dans le cours de cette période ; ce n'est guère que vers son déclin que la digestion est troublée chez un petit nombre de sujets. Rarement aussi on observe la *diarrhée*, qui, lorsqu'elle se manifeste, est de courte durée. On voit un plus grand nombre de malades présenter des *sueurs nocturnes*. Quelques uns sont soumis à des alternatives de chaud et de froid, principalement le soir. Enfin, dans l'immense majorité des cas, quelle que soit l'intensité des symptômes, le médecin constate un *amaigrissement* plus ou moins marqué, et en rapport avec la marche plus ou moins rapide de la maladie ; ces signes annoncent le travail de destruction qui s'opère sourdement dans le poumon. La *décoloration* de la peau, une *faiblesse* toujours croissante, un *malaise général* complètent ce groupe de symptômes.

Deuxième période. Nous retrouvons dans cette période les symptômes qui viennent d'être décrits, mais avec des modifications qu'il importe d'étudier.

La *toux* devient plus fréquente, quinteuse, difficile ; elle provoque bien plus facilement le vomissement, elle prend une très grande intensité la nuit, et occasionne l'insomnie. Elle est devenue en même temps plus grasse, et l'expectoration est généralement plus facile.

Les *crachats* subissent un changement remarquable décrit par M. Louis, ainsi qu'il suit : « De blancs, muqueux et plus ou moins aérés, ils deviennent verdâtres, opaques, sont dépourvus d'air et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses qui les rendent parfois comme panachés. Quelquefois on y rencontre des

(1) Voy. MONNERET, *Mémoire sur l'ondulation pectorale*.
(2) *The phys. diag. of dis. of the lungs*; London, 1843.

parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle, à du riz cuit; mais ces parcelles se montrent bien moins souvent que les stries. Plus tard, ces stries et ces parcelles disparaissent dans le plus grand nombre des cas; les crachats sont alors homogènes et ont une forme arrondie ou comme lacérée au pourtour. Ils sont lourds, plus ou moins consistants, ne gagnent pas toujours le fond de l'eau, et flottent même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair expectoré par les malades. Après s'être montrés plus ou moins longtemps d'un jaune verdâtre, ils prennent une teinte grisâtre et un aspect sale assez analogue à celui de la matière contenue dans les excavations tuberculeuses déjà anciennes. Ces changements se passent ordinairement peu de jours avant la mort; alors les crachats perdent une partie de leur consistance, forment une sorte de purée, et sont quelquefois souillés de sang ou entourés d'une auréole rose. » Je n'ai rien à ajouter à cette description de M. Louis, si ce n'est que, dans quelques cas exceptionnels, les crachats restent constamment muqueux, aérés, blanchâtres, ou ont un aspect vitré. M. Louis a cité trois cas de ce genre. L'abondance des crachats est beaucoup moindre dans cette seconde période que dans la première. Lorsqu'ils paraissent très abondants, c'est qu'ils sont mêlés à une certaine quantité de crachats muqueux ou de mucosités liquides comme ceux de la première période. J'indiquerai au *diagnostic* les recherches faites dans le but de découvrir le tubercule dans les crachats.

L'*hémoptysie* est plus rare à cette seconde époque qu'à la première; on l'observe quelquefois vers la fin de la maladie, et alors elle est peu abondante. Il n'en est pas de même de la *dyspnée*, de l'*oppression* et des *douleurs* de poitrine, qui ont toutes fait des progrès notables.

A cette époque, les signes fournis par la *percussion* et surtout par l'*auscultation* deviennent beaucoup plus évidents. On trouve à la partie inférieure du thorax, sous les clavicules, dans les fosses sus-épineuses, soit d'un seul côté, soit plus fréquemment dans les deux, une *obscurité notable* ou une *matité complète* du son; des *craquements* plus ou moins secs s'y font entendre, et souvent un *râle sous-crépitant* assez abondant; c'est là ce que M. Hirtz (1) et M. Fournet ont désigné, l'un sous le nom de *râle cavernuleux*, et l'autre sous celui de *râle de craquement sec ou humide*. Plus tard, la matité s'étend encore, occupe une grande étendue du lobe supérieur, et le bruit respiratoire devient *rude*, *trachéal*, au sommet du poumon. Fréquemment il s'y joint un *gros râle crépitant*, et l'on entend la *bronchophonie*. Plus tard encore, on trouve un véritable *gargouillement* accompagné d'une *pectoriloquie* plus ou moins parfaite. Quelquefois on constate, dans les points occupés par la maladie, une certaine sonorité, et en même temps une *respiration caverneuse* ou *amphorique*, avec pectoriloquie. On voit parfois, en pareille circonstance, reparaître le son dans des points où existait la matité, ce qui est dû à la pénétration de l'air dans des cavernes nouvellement formées. Il faut être prévenu de cette circonstance pour éviter les méprises. Dans quelques cas rares, la percussion donne lieu à un *bruit de pot fêlé*, et l'on entend, pendant l'inspiration, le *tintement métallique*. Ces derniers signes, sur lesquels je reviendrai à l'article du *diagnostic*, annoncent la formation d'une très vaste caverne.

(1) *Thèse inaugur.*; Strasbourg, 1835.

C'est alors que certains signes indiqués plus haut acquièrent le plus de valeur. Ainsi, lorsque les cavernes sont vastes et nombreuses, la *dépression sous-claviculaire* est très apparente; l'*immobilité* des côtes de cette région est facile à apprécier; mais je n'insiste pas sur ces signes, le diagnostic étant alors solidement établi sur d'autres phénomènes bien plus importants.

Mais ce qui est le plus remarquable dans cette seconde période, c'est l'apparition de la *fièvre* ou son accroissement, si déjà elle avait existé dans le cours de la première époque. D'après les relevés de M. Louis, le mouvement fébrile ne débute avec les premiers symptômes que dans un peu plus de la cinquième partie des cas; dans l'autre cinquième, il se déclare pendant la première période; et, dans les trois autres cinquièmes, c'est pendant cette seconde période qu'il apparaît. Dans le plus grand nombre des cas, il se manifeste par une grande sensibilité au froid et par des frissons qui se reproduisent ordinairement tous les soirs; quelques sujets seulement les éprouvent plusieurs fois dans la journée. Ces frissons sont ordinairement suivis de chaleur et de sueur. M. Louis a constaté que la dixième partie des sujets qui les éprouvaient n'avaient ensuite aucune sueur, tandis que quelquefois ces sueurs étaient très abondantes sans avoir été précédées de frisson. Ces espèces d'*accès fébriles* prennent quelquefois une *régularité* telle qu'ils ont les caractères d'une fièvre intermittente quotidienne. Ils constituent ces exacerbations, ces paroxysmes fébriles remarquables dans la phthisie comme dans toutes les affections qui donnent lieu à la fièvre hectique, et qui ont de tout temps fixé l'attention de tous les observateurs. L'apparition de la fièvre est un des phénomènes les plus importants de la maladie; car elle donne une impulsion nouvelle à tous les symptômes dont la marche est en raison directe de son intensité.

On voit alors survenir des *troubles* plus ou moins marqués *de la digestion*: l'*appétit* se perd; on observe des *vomissements* bien différents de ceux que j'ai signalés plus haut; ils n'ont pas besoin d'être provoqués par les efforts de la toux, et la matière vomie n'est plus seulement constituée par les aliments et les boissons, mais par des mucosités et même de la bile. Chez un certain nombre de malades, ces vomissements sont, pendant un temps variable, précédés de nausées fatigantes et de douleurs plus ou moins vives à l'épigastre. En pareil cas, ces symptômes sont dus à l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ou, beaucoup plus rarement, à son ulcération. En même temps la *soif* s'allume et devient quelquefois très vive dans le cours de la maladie. La langue cependant peut rester naturelle, malgré cet état de l'estomac, et ce n'est que dans les cas où la fièvre est très intense qu'elle rougit, se couvre de mucosités, ou, bien plus rarement, se dessèche.

Une *diarrhée* plus ou moins abondante vient encore augmenter l'affaiblissement des malades. M. Louis ne l'a vue manquer que cinq fois sur 112 cas. Chez quelques sujets, elle commence avec les premiers symptômes, et ne cesse plus pendant tout le cours de la maladie. M. Louis en a vu qui, pendant quatre ou cinq ans qu'a duré la phthisie, ont été sujets à cette diarrhée. Mais c'est dans la seconde période, et lorsque la fièvre s'est allumée, que cet accident se déclare plus particulièrement. D'abord la diarrhée n'est point continue; elle dure pendant un temps plus ou moins long, se calme ensuite, et se reproduit avec ou sans cause connue. Enfin, à mesure qu'on approche du terme de la maladie, elle devient persistante, abondante, et constitue la *diarrhée colliquative* décrite par tous les auteurs. Cette

diarrhée est ordinairement accompagnée de coliques. Nous verrons plus loin à quelle lésion anatomique il faut la rapporter.

C'est aussi à une époque assez avancée de la maladie que se développent ces accidents du côté du larynx que l'on a généralement décrits sous le nom de *phthisie laryngée*. Je renvoie le lecteur à la description que j'en ai donnée dans l'article consacré à la laryngite ulcéreuse.

Lorsque tous les symptômes que je viens d'énumérer existent à la fois, la maladie fait des progrès très rapides ; l'amaigrissement devient extrême ; la face, qui jusqu'alors avait conservé un peu de rougeur aux pommettes, pâlit et maigrit avec rapidité ; les yeux se cernent ; les jouent se creusent ; les lèvres s'amincissent ; les membres grêles ont perdu toutes leurs forces, et le malade meurt dans le marasme, en conservant presque toujours son intelligence.

Chez quelques sujets, il survient des accidents qui ont leur siége dans d'autres organes et qui sont très importants à connaître ; mais comme ils constituent des états morbides qui ont des symptômes et une marche qui leur sont propres, je les réserve pour des articles séparés, me contentant de les mentionner ici. Quelquefois ce sont des accidents cérébraux qui viennent compliquer la maladie, et qui sont dus au développement d'une *méningite granuleuse* ou *tuberculeuse ;* d'autres fois les symptômes d'une péritonite se développent lentement, et il existe une *péritonite chronique tuberculeuse ;* chez quelques sujets, on voit survenir tout à coup une *péritonite aiguë* qui est occasionnée par une perforation de l'intestin, et qui ne tarde pas à emporter les malades. La perforation du poumon qui produit le *pneumothorax* a des symptômes analogues et un résultat aussi funeste.

Tels sont les principaux symptômes de la phthisie pulmonaire ; je n'ajouterai, pour compléter cette description, que quelques mots relatifs à l'état des *organes génitaux* et des *ongles* chez les phthisiques. M. Louis, ayant tenu compte de l'état des fonctions génitales chez les malades observés par lui, a trouvé que les hommes, loin de présenter cette exaltation que l'on attribue aux phthisiques, avaient ces fonctions affaiblies comme toutes les autres ; et quant aux femmes, tout le monde a observé que les règles diminuent et finissent par se supprimer à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Lorsque la marche de la phthisie est lente, on ne découvre pas la cause de cette suppression des menstrues ; mais, dans le cas contraire, on voit l'écoulement languir et s'arrêter au début de la fièvre.

M. Vernois (1) ayant étudié l'état des *ongles* chez les phthisiques, a trouvé qu'ils présentaient, plus souvent que dans toute autre maladie chronique, les caractères qui leur ont fait donner le nom d'ongles hippocratiques, c'est-à-dire que la dernière phalange paraît gonflée à son extrémité, que la racine de l'ongle est comme soulevée, et que celui-ci, plus ou moins plat transversalement, est recourbé assez fortement d'avant en arrière, ce qui lui donne la forme d'une massue.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* habituelle de la phthisie est essentiellement chronique : elle est ordinairement lente et graduelle. Cependant il n'est pas rare de voir survenir dans son cours, des améliorations notables et de durée variable, après lesquelles elle semble

(1) *Archiv. gén. de méd.*; 1839.

souvent reprendre une nouvelle intensité. La circonstance qui a sans contredit le plus d'influence sur la marche de la maladie est, comme je l'ai déjà dit, l'apparition de la fièvre. Suivant, en effet, qu'elle se manifeste à une époque plus ou moins rapprochée du début et qu'elle acquiert rapidement une plus ou moins grande intensité, on voit la maladie marcher avec une extrême lenteur ou parcourir rapidement toutes ses périodes. Dans ce dernier cas, la marche de la maladie peut être très aiguë ; on observe alors ces *phthisies aiguës* que M. Louis a particulièrement étudiées, et dans lesquelles de vives douleurs de poitrine, une toux déchirante, un amaigrissement rapide avec des signes physiques portés promptement au plus haut degré, annoncent que le malade sera entraîné en très peu de temps au tombeau. Tout récemment encore (1), il est mort à l'Hôtel-Dieu dans le service de ce médecin, une femme de vingt-huit ans, dont la phthisie a parcouru toutes ses périodes dans l'espace d'un mois. Dans ces cas, on a vu assez souvent la maladie débuter par une expectoration plus ou moins abondante, qui présentait bientôt les caractères de la seconde période.

L'influence de la fièvre sur la marche de la phthisie est tellement marquée, qu'elle se fait sentir alors même qu'elle est due à une maladie étrangère aux organes thoraciques. Ainsi on voit une pneumonie, une fièvre typhoïde, une rougeole, une scarlatine, précipiter la marche d'une phthisie pulmonaire jusqu'alors très lente ; c'est là sans doute ce qui a donné lieu à l'opinion erronée de quelques auteurs qui ont regardé ces maladies, et en particulier la pneumonie et la pleurésie, comme des causes de tubercules.

Une opinion assez généralement répandue est que l'état de grossesse suspend les symptômes de la phthisie, qui reprennent leur marche, ou même en prennent une plus aiguë, après l'accouchement. Les faits sont loin d'être toujours d'accord avec cette opinion. Je citerai, entre autres, ceux qu'ont rapportés MM. A. Robert (de Strasbourg) et M. Hervieu (2). Celui qu'a recueilli M. Robert est surtout remarquable en ce que la femme est morte pendant la gestation même, qui n'avait nullement empêché la maladie de faire des progrès rapides.

La marche toujours croissante de la phthisie se retrouve en général dans chaque symptôme ; cependant il est remarquable que l'hémoptysie a très souvent une marche inverse, et que, fréquente et très abondante dans les premiers temps de la maladie, elle est, vers la fin, rare et d'une abondance médiocre.

Rien n'est plus variable que la *durée* de la phthisie. Lorsqu'elle a une marche aiguë, elle peut se terminer en moins d'un mois, tandis que, dans le cas contraire, on a vu des sujets vivre pendant plus de vingt ans avec une phthisie bien caractérisée. Néanmoins la durée ordinaire de la maladie est de un à deux ans. L'âge ne paraît pas avoir une influence marquée sur elle. Il n'en est pas de même du sexe ; la mort arrive, en effet, plus rapidement chez les femmes que chez les hommes.

La *terminaison* de la maladie a presque toujours lieu par la mort. Bayle regardait cette terminaison comme constante ; mais il est quelques cas de guérison spontanée dont on ne peut s'empêcher de reconnaître l'authenticité, et sur lesquels je

(1) *Gaz. des hôp.*, décembre 1847.
(2) *Union médicale*, janvier et mars 1847.

reviendrai à l'occasion du pronostic. Lorsque la mort survient, elle arrive lentement dans le plus grand nombre des cas, et par suite du dépérissement excessif, de la consomption dans laquelle les malades sont plongés. Plusieurs accidents ou lésions concomitantes peuvent, comme je l'ai déjà dit, accélérer cette terminaison. Ainsi la perforation du poumon, celle de l'intestin grêle; la méningite tuberculeuse, qui, par sa gravité et ses symptômes particuliers, constitue une des maladies cérébrales les plus importantes; une hémoptysie foudroyante, accident dont j'ai parlé à l'occasion de l'hémorrhagie pulmonaire; l'œdème de la glotte consécutif aux ulcères du larynx, peuvent mettre plus ou moins promptement un terme aux jours des malades. Dans des cas rares, on en a vu mourir subitement sans qu'on pût en trouver la cause.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été l'objet de recherches très exactes de la part des auteurs qui se sont récemment occupés de la phthisie; il y a eu même sur ce point des discussions très importantes; mais, sans entrer dans ces détails, qui nous entraîneraient trop loin, je me contenterai d'exposer les altérations des organes dans un résumé succinct qui suffira au praticien.

On trouve, dans les poumons, des corps d'une nature particulière auxquels on a donné le nom de *tubercules*. Ces productions morbides se présentent sous des aspects très différents, suivant que la maladie est parvenue à un degré plus ou moins avancé. Lorsqu'elle est encore commençante, on voit, soit de petits corps isolés, auxquels Laënnec a donné le nom de *tubercules miliaires*, et que M. Louis désigne sous celui de *granulations grises*; soit une *infiltration* de la matière qui forme ces granulations.

Les *granulations* sont de petits corps arrondis, homogènes, luisants à la coupe, résistant assez fortement à la pression, et variant pour la grosseur entre un grain de millet et un pois. Suivant M. Andral, ces granulations seraient précédées, au moins dans quelques cas, par la condensation d'une petite gouttelette de véritable pus. Mais on a fait remarquer que ces granulations grises demi-transparentes n'avaient nullement l'aspect du pus concrété, et qu'elles ne le prenaient qu'à une époque plus avancée du développement des tubercules. Cette objection s'applique également à la manière de voir de MM. Cruveilhier et Lallemand, qui n'ont point accordé assez de valeur à cette demi-transparence et à cette dureté de la matière grise, ainsi qu'aux différents changements qu'elle subit plus tard. Quelques auteurs ont dit qu'avant cette granulation miliaire on trouvait déjà un petit foyer sanguin qui en était le rudiment; mais d'autres, au nombre desquels il faut citer M. Schroeder van der Kolk (1) et Nathalis Guillot (2), ont découvert, à l'aide du microscope, la granulation grise demi-transparente à son état rudimentaire, et sans aucune infiltration sanguine. A une époque plus avancée de la maladie, il se forme au milieu de ces granulations un point jaune opaque qui envahit peu à peu toutes les parties, de manière à former ce qu'on a appelé le tubercule.

La seconde forme sous laquelle peut se présenter la matière grise est, comme je

(1) *Obs. anat. path. et pract. argum.*; Amstel., 1826.
(2) Journal *l'Expérience*, n° 35, 1838.

l'ai dit, celle d'*infiltration*. Laënnec l'a désignée sous le nom d'*infiltration tuberculeuse grise*. Cette matière envahit le tissu, dont il ne reste bientôt plus de traces au milieu d'elle; elle forme des masses irrégulières, dont l'étendue est variable, et en général de 3 à 6 centimètres cubes. Elle a le même aspect que les granulations, c'est-à-dire qu'elle est brillante, homogène et sans structure distincte. C'est au milieu d'elle que se développent les *points jaunes* qui formeront plus tard les tubercules. M. Carswell (1) affirme que le point jaune existe tout d'abord dans les granulations ou dans l'infiltration grise, qui n'est, à proprement parler, qu'un amas de granulations; mais ce fait n'est pas confirmé par d'autres auteurs, et en particulier par M. Schroeder van der Kolk. A mesure que la maladie fait des progrès, le point jaune augmente, de telle sorte qu'il finit par se présenter sous l'aspect d'un corps plus ou moins bien arrondi, d'un volume variant entre celui d'un pois et celui d'un œuf de poule, d'un blanc jaunâtre mat, opaque, d'une consistance assez variable, friable, se laissant écraser sous les doigts comme du fromage, et sans traces d'organisation. Cette substance est composée principalement de matière animale et de quelques sels de chaux et de fer.

Plus tard encore, les tubercules subissent une autre modification : ils se *ramollissent*; c'est par leur centre que commence le ramollissement; les cas où il n'en est pas ainsi sont exceptionnels. On a dit que ce ramollissement était causé par l'inflammation des tissus environnants; mais le point de départ de ce ramollissement prouve qu'il n'en est réellement point ainsi. M. Carswell n'admet le ramollissement central que dans les cas où il existe au centre des tubercules une petite cavité contenant de la sérosité; ce fait n'est point confirmé par les recherches des autres auteurs. Lorsque le ramollissement est complet, la matière tuberculeuse est sous forme d'une bouillie épaisse et jaunâtre, au milieu de laquelle se rencontrent souvent des fragments irréguliers non encore ramollis; plusieurs auteurs ont désigné ces foyers purulents sous le nom de *vomiques*. M. Louis a vu le ramollissement s'opérer simultanément dans une grande étendue de poumons (quelquefois un lobe tout entier). C'est toujours dans la phthisie aiguë que les choses se passent de cette manière.

Cette matière tuberculeuse, cette vomique dont je viens de parler, ne tarde pas à être expulsée par les bronches; il reste alors dans les poumons une ou plusieurs cavités auxquelles on a donné le nom de *cavernes* ou d'*excavations*. M. Louis a remarqué qu'elles offraient des différences notables, suivant leur degré d'ancienneté, et voici, d'après cet auteur, quelles sont ces différences. Les cavernes peu anciennes, celles qu'on trouve chez les sujets qui ont succombé après trois ou quatre mois de maladie, ne sont jamais entièrement vides; leurs parois sont molles et tapissées par une fausse membrane peu résistante, qu'on enlève facilement; le tissu pulmonaire est très rarement à nu. Les cavernes anciennes ont au contraire presque constamment des parois dures et formées par de la matière grise demi-transparente, des tubercules et quelquefois de la mélanose. Chez les trois quarts des sujets, ces parois sont tapissées par une membrane de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, dense, grisâtre, presque demi-transparente et demi-cartilagineuse. Au-dessus de cette membrane, on en trouve une autre très molle, jaunâtre ou blan-

(1) *Cyclop. of medic. pract.*; London.

châtre, et présentant presque toujours des solutions de continuité. Chez l'autre quart des sujets, le tissu pulmonaire plus ou moins altéré reste à découvert.

Les cavernes récentes sont à peu près arrondies ; les anciennes sont très anfractueuses ; des brides formées de matière grise, parsemées de tubercules et presque toujours exemptes de vaisseaux, les traversent souvent. On a pensé, et M. Schroeder van der Kolk l'a exprimé formellement, que ces brides étaient formées de vaisseaux obstrués ; mais les dissections faites par les autres auteurs n'ont pas confirmé cette assertion. Dans les excavations récentes, le tubercule ramolli se trouve tel qu'il a été décrit plus haut ; dans les anciennes, et surtout dans celles qui sont anfractueuses et dépourvues de fausses membranes, la matière est grisâtre ou verdâtre, sale, peu épaisse, et contient quelquefois du sang en plus ou moins grande quantité. M. Louis a vu, dans un cas, un fragment de tissu pulmonaire isolé au milieu d'une caverne : ce cas est très rare. En général, la matière contenue dans les cavernes est sans odeur ou n'a qu'une odeur fade, mais quelquefois elle est très fétide. M. Andral a trouvé, dans quelques cas, la cause de cette fétidité dans la *gangrène des parois de la caverne :* l'odeur est alors gangréneuse ; mais, dans d'autres, il existe une fétidité semblable à celle qu'exhalent les substances animales en macération, et l'on n'a rien découvert qui expliquât ce phénomène.

Dans ces derniers temps, on a trouvé fréquemment, chez les vieillards, des concrétions semblables à des fragments de cartilage, d'os, de pierre ou de chaux, et auxquelles Laënnec a donné les noms de *concrétions cartilagineuses*, *osseuses*, *pétrées* et *crétacées*. Ce sont ces concrétions qui avaient engagé Bayle à admettre dans sa division, une phthisie calculeuse ; mais les recherches de M. Andral, et surtout celles de M. Rogée (1) ont démontré que ces corps étaient une nouvelle modification du tubercule, qui, au lieu de se ramollir et d'être évacué, se concrète et devient plus solide.

Dans ces dernières années, on a étudié avec un grand soin et beaucoup d'habileté, les tubercules à l'aide du microscope. Voici, d'après M. Lebert, dont le travail est le plus récent (2), les caractères propres à ces productions morbides.

Il y a trois éléments constants : 1° des *granules moléculaires* de $\frac{1}{800}$ à $\frac{1}{400}$ de millimètre ; ils sont disséminés dans toute la masse du tubercule ; 2° une substance *interglobulaire*, qui est d'un jaune grisâtre et demi-transparente, et qui sert de moyen de cohésion aux globules et aux granules ; 3° enfin, les *globules tuberculeux* qui constituent le caractère microscopique essentiel de la production morbide. Ces globules ont de $\frac{1}{140}$ à $\frac{1}{120}$ de millimètre ; des contours cartilagineux, polyédriques, contenant une masse plus ou moins transparente et des granules moléculaires, au nombre de 4 à 10 et plus, qui n'ont pas l'aspect de nucléoles. La coloration des globules tuberculeux est jaune pâle.

Les autres éléments, tels que la graisse, la mélanose, les fibres, les cristaux, n'étant pas constants, je me borne à les mentionner.

Nous possédons aujourd'hui un certain nombre de cas de cicatrisation de cavernes tuberculeuses. Laënnec le premier a signalé ces *cicatrices* constituées par un tissu dense présentant la forme de cordons, d'intersections, et dans lesquelles viennent se perdre des tuyaux bronchiques plus ou moins volumineux. Cet auteur

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. I, 3e série, 1839.
(2) *Traité des mal. scrofuleuses et tuberculeuses* ; Paris, 1849.

en a même vu une qui circonscrivait encore une cavité allongée ; il lui a donné le nom de cicatrice fistuleuse. Ces cicatrices s'observent rarement.

Les tubercules affectent principalement le sommet des poumons, ainsi qu'on peut facilement le prévoir d'après les symptômes observés pendant la vie : c'est là qu'ils se développent d'abord. Ensuite les progrès des tubercules se faisant dans le même sens que leur apparition, il se forme des cavernes dans les parties supérieures, tandis que les granulations se produisent plus bas, et ainsi de suite ; en sorte que l'envahissement des poumons par la matière tuberculeuse marche des parties les plus élevées aux plus déclives. Aussi, lorsqu'il existe de grandes cavernes, se trouvent-elles dans le lobe supérieur, et quelquefois on a vu dans un poumon trois zones assez bien tranchées : la première occupant le sommet, et formée de cavernes volumineuses ; la seconde située plus bas, et contenant des cavernes plus petites avec des tubercules crus, et enfin la troisième au-dessous, et presque exclusivement formée de granulations. Les cas dans lesquels les choses se passent différemment, et où les parties inférieures sont primitivement envahies, sont très rares.

Les bronches qui communiquent avec les tubercules ne sont pas sensiblement altérées tant que ceux-ci ne sont pas ramollis et évacués ; mais dès que le ramollissement et l'évacuation commencent, on y remarque une inflammation de la muqueuse d'autant plus vive que les cavernes avec lesquelles elles communiquent sont plus anciennes. Aux points où cette membrane et la fausse membrane des excavations viennent en contact, elles sont intimement unies.

Lorsqu'il n'existe encore que des granulations, les vaisseaux pulmonaires présentent, d'après les injections de M. Guillot, les modifications suivantes : Autour de la granulation, les ramuscules de l'artère pulmonaire sont oblitérés ; tandis que de nouveaux vaisseaux artériels, fournis par les artères bronchiques, viennent entourer la production morbide. Plus tard, quand les cavernes se sont formées et qu'il y a des adhérences étendues entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, ces vaisseaux de nouvelle formation sont produits non seulement par les artères bronchiques, mais encore par des rameaux qui, partant des artères intercostales, traversent les fausses membranes pleurales et pénètrent dans les poumons. Ils se portent jusque dans les cavernes, et viennent former un réseau artériel très riche que l'on découvre sur la fausse membrane demi-cartilagineuse, en détachant légèrement, avec le manche du scalpel, la fausse membrane molle qui la recouvre.

Il n'est pas rare de trouver le tissu pulmonaire enflammé aux environs des cavernes ; mais il est bien plus fréquent encore d'observer dans les plèvres des fausses membranes plus ou moins fermes, plus ou moins étendues, qui, dans les phthisies anciennes, sont tellement denses, qu'on ne peut enlever le poumon sans arracher la plèvre costale. Ce n'est que dans des cas où il n'existait que des granulations et des tubercules crus qu'on a vu manquer ces fausses membranes.

La trachée présente fréquemment des ulcérations tantôt très larges et profondes, tantôt très petites et extrêmement nombreuses. Ce sont les cas de ce genre qui ont en général été donnés comme exemples de *phthisie trachéale*. Les ulcérations sont plus rares dans le larynx ; elles siégent ordinairement dans les cordes vocales et quelquefois ont corrodé l'épiglotte : elles ont donné lieu, pendant la vie, aux symptômes de la laryngite ulcéreuse.

Plus rarement encore, on a trouvé des ulcérations dans le pharynx et dans

l'œsophage. Quant à l'estomac, il en présente un peu plus souvent ; mais les lésions qui y sont le plus fréquentes sont le ramollissement rouge et blanc, et le mamelonnement de la membrane muqueuse. L'intestin grêle offre les mêmes altérations, et de plus des granulations qui, au premier aspect, du moins, sont de deux sortes : les unes comme demi-cartilagineuses, plus ou moins nombreuses, auxquelles succèdent des ulcérations à bords durs, blancs et opaques : elles existent sous la muqueuse ; les autres, tuberculeuses, qu'on trouve dans toute l'épaisseur de l'intestin ; elles se ramollissent ordinairement comme de petits abcès qui, après s'être vidés dans l'intestin, laissent un ulcère. Toutes ces ulcérations augmentent en nombre et en grandeur à mesure qu'on s'approche du cæcum. Quelquefois elles sont si profondes qu'il ne reste plus que le péritoine, et, dans quelques cas rares, on trouve des perforations. Le gros intestin présente également des ulcérations qui quelquefois ont une étendue considérable ; mais elles succèdent très rarement aux tubercules. Les ganglions mésentériques sont ordinairement parsemés de matière tuberculeuse jaune. M. Louis n'y a rencontré qu'une seule fois la matière grise demi-transparente.

Le foie offre très souvent une altération particulière ; il est considérablement augmenté de volume, pâle, fauve, quelquefois piqué de rouge et ramolli ; et quand cette altération est très avancée, il graisse le couteau ou une feuille de papier sur laquelle on en fait chauffer une tranche : c'est là la transformation graisseuse du foie. On a trouvé des tubercules dans la rate ; de la sérosité, des fausses membranes dans le péritoine, et des désordres très considérables lorsqu'il y avait eu perforation. Je reviendrai sur ce sujet dans l'histoire de la péritonite. Tout récemment M. Ricord (1) a vu la muqueuse du canal de l'urètre parsemée de tubercules miliaires et la prostate convertie en une caverne tuberculeuse.

De la sérosité, des fausses membranes récentes ou anciennes dans le péricarde ; le petit volume du cœur ; les granulations dans la pie-mère, constituant la méningite granuleuse ; de la matière tuberculeuse dans les reins, les os, les glandes cervicales, telles sont les autres lésions qu'il est important de mentionner.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Pour bien étudier le diagnostic de la phthisie pulmonaire, il importe d'en rechercher les signes : 1° à une époque très rapprochée du début de la maladie, 2° dans le cours de la première période, et 3° dans la deuxième période. On a divisé ces signes en deux espèces, qui sont les signes rationnels et les signes physiques. Voyons d'abord quelle est leur valeur au commencement de la maladie.

Nous avons remarqué, dans la description des symptômes, que les signes de dépérissement se montraient dès les premiers temps de la phthisie ; que la toux, et surtout la toux sèche, médiocrement intense, avec un peu de gêne de la respiration, quelques douleurs entre les épaules, parfois des sueurs nocturnes, et enfin un amaigrissement progressif, venaient compléter le groupe des phénomènes qu'on observe le plus fréquemment ; il s'ensuit donc qu'en pareille circonstance on aura à redouter l'apparition de la phthisie, et l'on devra examiner avec soin, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, l'état de la poitrine. La percussion produit, en effet, sous l'une ou l'autre clavicule, un son plus obscur que du côté opposé.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 2 avril 1850, t. XV.

Quelquefois l'obscurité du son existe des deux côtés, et alors on la reconnaît en percutant la poitrine de bas en haut. Dans les points où existe cette obscurité du son, on entend, soit quelques craquements rares, soit du râle sous-crépitant, soit le bruit de froissement pulmonaire, le bruit râpeux de M. Hirtz, avec un prolongement plus ou moins marqué du second temps du bruit respiratoire. Quelquefois il n'existe qu'une simple diminution dans l'intensité de ce bruit. Tous ces phénomènes se produisant dans les circonstances et dans les points qui viennent d'être indiqués, ont la même valeur; en sorte qu'il faut dire avec M. Louis que si, en même temps que les signes rationnels indiqués plus haut, il existe, soit une faiblesse, soit une autre *altération quelconque* du murmure respiratoire, on doit admettre l'existence de la phthisie.

Vers la fin de la première période, les signes que je viens d'énumérer deviennent plus distincts; car, en même temps qu'on voit la toux augmenter, l'expectoration devient d'abord opaline, puis opaque et verdâtre; le dépérissement fait des progrès, et les hémoptysies se succèdent à de plus ou moins grands intervalles. L'obscurité du son au sommet de la poitrine devient beaucoup plus distincte; la respiration est soufflante, dure, sèche, entremêlée de craquements, de râle sous-crépitant, de ce râle caverneux décrit par M. Hirtz, et qui n'est autre chose qu'un râle crépitant superficiel.

Enfin, lorsque la maladie est parvenue à la seconde période, le diagnostic devient facile; alors les crachats sont grisâtres, sales, striés, déchiquetés, les douleurs de poitrine apparaissent, ou augmentent, si elles existaient déjà, et l'on voit survenir tous les accidents indiqués à l'article des symptômes, accidents qui finissent par plonger le malade dans le marasme. L'examen de la poitrine donne alors les résultats les plus précieux. L'obscurité du son augmente d'étendue et devient plus complète; quelquefois elle occupe la moitié supérieure de la poitrine. Le bruit respiratoire devient trachéal, caverneux, amphorique dans les points correspondants à la matité, et l'on entend, au même niveau, du râle muqueux, un véritable gargouillement, une bronchophonie plus ou moins intense, et enfin la pectoriloquie. C'est à la même époque qu'on trouve, dans les circonstances particulières indiquées plus haut, le tintement métallique à l'auscultation, et le bruit de pot fêlé à la percussion. Il faut joindre à ces signes la rétraction de la poitrine dans les points occupés par des cavernes, et l'augmentation des vibrations de ses parois lorsque le malade parle ou tousse. Mais ces derniers n'ont qu'une valeur secondaire.

J'ai cru devoir rappeler ces symptômes et leur ordre de succession, parce qu'il importe beaucoup de connaître leur valeur et la marche de la maladie, dans les cas de diagnostic difficile. Maintenant je vais présenter rapidement le diagnostic différentiel :

Vers le début de l'affection, on pourrait confondre, et l'on a souvent confondu, la phthisie avec un *catarrhe pulmonaire* de longue durée; mais, dans cette dernière maladie, la toux n'est pas sèche ou ne l'est que peu de temps au début; les sueurs nocturnes n'existent pas; il n'y a pas de véritable hémoptysie, car on ne doit pas regarder comme telle l'expectoration de quelques filaments sanguins mêlés aux crachats. Il n'y a pas d'amaigrissement sensible, même lorsque le catarrhe est passé à l'état chronique, à moins de complication. La gêne de la respi-

ration est, au contraire, plus considérable. Sous les clavicules, le bruit respiratoire est à l'état normal, tandis qu'on entend à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, et des deux côtés, du râle sous-crépitant, lorsque l'inflammation a gagné les extrémités bronchiques.

C'est ici le lieu d'indiquer rapidement les recherches faites dans le but de reconnaître la nature des crachats. La précipitation des crachats mêlés avec l'eau pure ou salée est un moyen infidèle, aujourd'hui abandonné. MM. Gueterbock, Donné, Grüby (1), etc., ont cherché, à l'aide des moyens chimiques et du microscope, à découvrir le pus dans les crachats, et ils ne sont arrivés qu'à des résultats incertains. D'ailleurs la présence du pus n'indique nullement l'existence des tubercules, puisqu'une inflammation simple donne lieu à une sécrétion purulente. Les recherches de M. Kuhn auraient bien plus d'importance si leur résultat était confirmé. Ce médecin (2) a trouvé dans les crachats, même à une époque peu avancée de la phthisie, des fils hyaloïdes et de petites granulations, détritus du tubercule. Mais en lisant les recherches de M. Lebert (3), on voit qu'il n'y a, dans les crachats des phthisiques, aucun signe microscopique qui les distingue réellement des autres crachats inflammatoires. Quelquefois seulement on trouve, au milieu d'eux, des paquets de fibres pulmonaires qui prouvent qu'il se forme une caverne.

Pourrait-on, vers la fin de la première période, prendre la phthisie pulmonaire pour une pneumonie chronique? Cette méprise n'est guère à craindre, car : 1° la pneumonie chronique, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est fort rare; 2° elle succède, dans la majorité des cas, à une pneumonie aiguë ; et 3° elle n'a point pour siége ordinaire, comme la phthisie, le sommet de la poitrine.

A une époque plus avancée encore de la maladie y a-t-il quelque confusion à craindre? La *gangrène partielle du poumon* laisse, après l'évacuation du bourbillon, des excavations où l'auscultation fait reconnaître des phénomènes semblables à ceux qu'on observe dans la phthisie pulmonaire ; mais les circonstances particulières dans lesquelles s'est développée la maladie, et son siége, qui n'est pas le même que celui de la phthisie, permettent de porter un diagnostic exact, ainsi que je l'ai dit dans l'article consacré à la gangrène du poumon. Je me contenterai donc de reproduire ce diagnostic dans le tableau synoptique.

Quant à la *dilatation des bronches*, les difficultés sont beaucoup plus grandes, et l'on a vu dans l'histoire de cette maladie qu'il était des cas où, dans l'état actuel de la science, le diagnostic était impossible. Mais ordinairement les difficultés ne sont pas insurmontables, et l'on peut porter un diagnostic positif. Ce diagnostic, je l'ai exposé plus haut, et je me bornerai à le reproduire dans le tableau synoptique.

Dans quelques cas, on a vu la phthisie exister pendant un temps assez long, sans donner lieu à la toux, à l'oppression, à l'expectoration de crachats caractéristiques, à l'hémoptysie, et sans qu'il y eût de dépérissement notable : ce sont là les cas désignés sous le nom de *phthisies latentes*. Mais, même alors, l'exploration de la poitrine à l'aide de l'auscultation et de la percussion fournit les signes positifs indiqués précédemment.

(1) *Morphologia*; 1840.
(2) *Gaz. méd.*; 1837.
(3) *Traité prat. des aff. scrof. et tubercul.*; Paris, 1849.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la phthisie pulmonaire, à une époque rapprochée du début.*

Toux sèche, de plus ou moins longue durée; quelquefois accompagnée d'expectoration muqueuse.
Gêne de la respiration.
Douleurs de poitrine.
Sueurs nocturnes.
Dépérissement.
Obscurité du son *sous l'une ou l'autre des clavicules.*
Faiblesse ou *altération quelconque* du bruit respiratoire.
Dans un bon nombre de cas, *hémoptysie.*

2° *Signes positifs de la phthisie pulmonaire, à la fin de la première période.*

Toux *plus fréquente.*
Expectoration de *crachats opaques, grisâtres* ou *verdâtres.*
Hémoptysie.
Sueurs nocturnes.
Assez fréquemment, *diarrhée* de plus ou moins longue durée.
Dépérissement *plus marqué.*
Matité *plus étendue* et *plus complète.*
Bruit de souffle, râle sous-crépitant, retentissement de la voix.

3° *Signes positifs de la phthisie pulmonaire dans la seconde période.*

Toux *opiniâtre.*
Crachats grisâtres, sales, opaques, *déchiquetés*, teints de sang, *striés.*
Augmentation du dépérissement et de tous les autres symptômes généraux; marasme.
Matité étendue,
Respiration *trachéale, caverneuse.*
Râle muqueux, gargouillement, pectoriloquie.

Les signes des cavernes très étendues sont quelquefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, la persistance du son, le bruit de pot fêlé, la respiration amphorique, le tintement métallique.

4° *Signes distinctifs de la phthisie pulmonaire au début, et du catarrhe pulmonaire.*

PHTHISIE.	CATARRHE PULMONAIRE.
Toux *sèche.*	Expectoration *muqueuse.*
Sueurs nocturnes.	*Pas de sueurs nocturnes.*
Hémoptysies.	*Pas d'hémoptysies.*
Dépérissement.	*Pas de dépérissement* notable.
Gêne de la respiration *médiocre.*	Gêne de la respiration *considérable.*
Obscurité du son sous les clavicules.	*Son normal* sous les clavicules.
Altération du bruit respiratoire dans le même point.	*Bruit respiratoire normal* dans le même point.
Bruit respiratoire normal à la partie postérieure et inférieure de la poitrine.	*Râle sous-crépitant* à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, des deux côtés.

5° *Signes distinctifs de la phthisie pulmonaire parvenue à la fin de la première période, et de la pneumonie chronique.*

PHTHISIE.	PNEUMONIE CHRONIQUE.
Se développe *spontanément.*	Est la *terminaison* d'une pneumonie aiguë.
A son siége au *sommet des poumons*, et principalement à la *partie antérieure.*	A fréquemment son siége à la *partie inférieure* de la poitrine, et surtout à la *partie postérieure.*

6° *Signes distinctifs de la phthisie pulmonaire et de la dilatation des bronches.*

PHTHISIE.	DILATATION DES BRONCHES.
Dépérissement *datant du début.*	*Malgré l'ancienneté* de la maladie, dépérissement *peu notable.*
Sueurs nocturnes.	*Point de sueurs nocturnes.*
Souvent *hémoptysies.*	*Pas d'hémoptysies.*
Dévoiement fréquent.	*Pas de dévoiement* habituel.
Siége des signes stéthoscopiques dans les *lobes supérieurs.*	Les signes physiques peuvent s'entendre *ailleurs* qu'au sommet des poumons.
Matité ou *son anormal* au niveau des cavernes.	Quelquefois *pas de matité.*

Pronostic. A l'époque où l'on désignait sous le nom de phthisie un grand nombre de maladies chroniques, le pronostic, tout en étant fort grave, l'était nécessairement beaucoup moins qu'il ne l'est aujourd'hui. Aussi est-ce Bayle qui, le premier, a regardé la phthisie comme une maladie toujours mortelle. Cet auteur, ayant écarté toutes les maladies étrangères aux affections chroniques et profondes du poumon, et par conséquent celles qui laissaient encore quelques chances de guérison, a dû nécessairement porter le pronostic le plus grave. Mais quelques observations rapportées par Laënnec, et les faits plus récents observés par MM. Andral, Rogée, Boudet (1) et Hughes Bennett (2) ont prouvé que cette manière de voir était exagérée. Les cicatrices, concrétions, etc., trouvées par ces auteurs, ont montré que la maladie peut se terminer par la guérison à une époque assez avancée de son cours.

D'autres auteurs, et en particulier MM. Hirtz et Fournet, pensent, au contraire, que l'époque la plus favorable à la guérison de cette affection est son début; mais ils n'ont point cité de faits qui démontrent l'exactitude de cette assertion.

Il est néanmoins permis de dire, sans exagération, que la phthisie pulmonaire est presque constamment mortelle; qu'elle a à son début une tendance irrésistible à faire des progrès, et que, dans quelques cas seulement, elle peut rester stationnaire et même s'arrêter complétement. Mais quelles sont les circonstances dans lesquelles les choses se passent ainsi? C'est ce que nous ignorons malheureusement. On peut croire que la phthisie survenant chez les vieillards n'a point une grande activité, qu'elle ne tend pas à s'étendre rapidement, et que les dépôts de matière calcaire, qui se font si facilement à cet âge, viennent assez souvent empêcher le ramollissement des tubercules.

Toutes choses égales d'ailleurs, la phthisie est d'autant moins grave qu'elle n'occupe qu'une petite étendue. On a vu des sujets chez lesquels il n'existait qu'une ou deux cavernes avec un très petit nombre de tubercules. Le peu d'intensité de la fièvre, et la lenteur avec laquelle les premiers symptômes de la phthisie se déclarent, annoncent ordinairement une longue durée de la maladie. Il est quelques symptômes qui rendent, au contraire, le pronostic très grave. Ainsi les hémoptysies fréquentes, les sueurs profuses, la diarrhée colliquative, annoncent, dans le plus grand nombre des cas, une mort prochaine. Tel est le pronostic de la phthisie, dépouillé de toute hypothèse et appuyé sur les faits dans lesquels le diagnostic a été porté d'une ma-

(1) *Rech. sur la guér. nat. ou spont. de la phth. pulm.*; Thèse, Paris, 1843.
(2) *The Lond. and Edinb. Journ. of med. sc.*, avril 1845.

nière exacte. Je n'ignore pas que quelques auteurs ont regardé la guérison de cette maladie comme beaucoup plus facile ; mais j'examinerai leurs opinions à l'article du traitement.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la phthisie est un des plus difficiles à exposer ; une immense quantité de moyens ont, en effet, été dirigés contre elle, et quoiqu'un bon nombre d'auteurs se soient applaudis du résultat de leur pratique, il n'en est pas moins vrai de dire, dans ce cas comme dans tant d'autres, que cette abondance de médicaments annonce le peu d'efficacité de chacun d'eux en particulier.

Le traitement de la phthisie pulmonaire a une valeur fort différente, suivant qu'on le considère comme entièrement *curatif* ou seulement comme apportant de l'amélioration aux principaux symptômes, comme adoucissant les souffrances du malade, comme prolongeant la durée de l'existence, en un mot, comme *palliatif*. Il importe donc de l'étudier avec soin sous ces deux points de vue ; je rechercherai ensuite s'il existe des moyens *préservatifs* qui doivent inspirer une certaine confiance.

Traitement curatif. Quoiqu'on voie succomber un si grand nombre de phthisiques, nous n'en avons pas moins une quantité très considérable de traitements curatifs, dont, au dire de leurs inventeurs, les effets heureux sont des plus évidents. Passons-les en revue, en les appréciant rapidement.

Antiphlogistiques. Ce n'est guère qu'à l'époque où le système de Broussais dominait en médecine, qu'on a regardé les antiphlogistiques comme des moyens propres à guérir la phthisie. Dans les idées de son école, la maladie étant due à une inflammation, il est tout naturel qu'on l'ait traitée par les moyens généralement opposés à l'inflammation. Jusque-là on s'était contenté d'user de ces moyens dans les complications phlegmasiques qui venaient momentanément donner une impulsion nouvelle à la maladie, les abandonnant aussitôt que l'affection intercurrente avait disparu.

Suivant Broussais, la *saignée générale* doit être pratiquée le plus près possible du début de la maladie, et avec assez d'abondance, de manière à arrêter les progrès de l'inflammation. Plus tard néanmoins elle est encore utile, surtout lorsque l'élévation du pouls, la chaleur de la peau, etc., annoncent une réaction notable. Le même auteur recommande les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sur la poitrine. Les émollients avec quelques révulsifs complètent son traitement. Les malades sont en même temps soumis à un régime sévère. Je n'insisterai pas davantage sur ce traitement, qui est aujourd'hui apprécié à sa juste valeur. Broussais avait à traiter des phthisiques qui, après avoir éprouvé de grandes fatigues et avoir supporté de grandes variations de température, contractaient facilement ces phlegmasies intercurrentes dont je viens de parler ; c'est alors que, mettant en usage les moyens qui lui étaient familiers, il obtenait une amélioration sensible qui lui faisait croire à la guérison. Les faits de ce genre sont trop nombreux et passent trop fréquemment sous les yeux du praticien, pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans de plus grands détails. Je reviendrai un instant sur ces moyens à l'occasion du traitement des symptômes et des complications.

Inspirations de chlore. Ce moyen a été préconisé, dans ces dernières années, par MM. Gannal, Richard, Cottereau et quelques autres auteurs. M. Cottereau, en particulier, a rapporté un certain nombre d'observations destinées à en prouver l'efficacité (1). C'est en étendant dans de l'eau le chlore liquide, et en faisant respirer la vapeur qui se dégage de ce mélange convenablement chauffé, qu'on fait pratiquer ces inspirations. Voici, au reste, quel est le procédé de M. Gannal :

FUMIGATIONS CHLORURÉES (PROCÉDÉ DE M. GANNAL).

Prenez un flacon à deux tubulures, et garni de deux tubes disposés comme dans l'appareil de Wolf. L'un de ces tubes est recourbé ; il doit être placé dans la bouche du malade. Mettez dans 120 grammes d'eau distillée la quantité de chlore liquide jugée convenable ; introduisez le mélange dans le flacon ; placez celui-ci dans un vase de fer-blanc contenant de l'eau dont on élève la température à un degré plus ou moins élevé, suivant la nécessité ; puis faites adapter le tube recourbé à la bouche du malade, qui doit aspirer et faire pénétrer dans les poumons la vapeur d'eau chargée de gaz, et qui doit expirer par les fosses nasales.

Le nombre des inspirations varie suivant la susceptibilité des organes de la respiration. Cinq ou six sont ordinairement suffisantes pour la première fois. Plus tard, elles peuvent être élevées à un nombre double ou triple, et quant au nombre de fois qu'on peut les répéter dans la journée, la différence n'est pas moins grande, puisque M. Cottereau les a prescrites depuis deux jusqu'à douze fois par jour. La dose du chlore est également très différente, suivant les cas : chez quelques malades, trois, quatre ou cinq gouttes produisent un grand effet. M. Cottereau en augmente progressivement la dose, et, dans un cas, il a été jusqu'à prescrire trente-deux gouttes de chlore. Ordinairement il porte avec assez de rapidité la dose du médicament à dix ou quinze gouttes.

Ce moyen a été expérimenté par MM. Andral, Bourgeois (2) et Toulmouche (3), mais avec des résultats bien différents de ceux qui ont été proclamés par MM. Gannal et Cottereau. MM. Andral et Toulmouche (ce dernier expérimentant sur 80 phthisiques) ont constaté l'insuccès du chlore. Quant à M. Bourgeois, ayant cru voir que dans les blanchisseries, où l'on fait un grand usage de l'eau de Javelle, la phthisie est inconnue, ou du moins très rare, il admet l'utilité du médicament, mais une utilité restreinte lorsque la maladie est confirmée ; car, suivant lui, le chlore n'est réellement efficace que comme préservatif. Les observations qu'il a recueillies ne sont pas en faveur du médicament, puisque tous les sujets sont morts. D'autres médecins, et en particulier MM. Roche (4) et Jolly, ont pensé qu'il serait plus convenable de faire dégager le chlore dans la chambre occupée par le malade, qui se trouverait ainsi placé dans une atmosphère chargée de cette substance. Enfin le docteur Costa conseille de mettre dans de l'eau bouillante une petite quantité de chlorure de chaux, et d'aspirer la vapeur qui se dégage du vase comme dans une fumigation ordinaire.

Aujourd'hui ce moyen si vanté il y a quelques années a perdu de son impor-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1830, t. XX, p. 289 ; t. XXIV, p. 347.
(2) *Transact. méd.*
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 244.
(4) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII.

tance; on peut même dire que son inefficacité est presque généralement reconnue, et qu'il est à peu près abandonné. En lisant attentivement les observations de M. Cottereau, on ne tarde pas à s'apercevoir, ainsi que M. Louis en a fait la remarque (1), que l'amélioration survenue pendant l'administration du chlore est due à la terminaison d'une pneumonie ou d'une pleurésie intercurrentes, et même tout porte à croire que les fumigations chlorurées n'ont eu d'autre résultat que de retarder cette amélioration. Or ces observations de M. Cottereau étant les plus détaillées et les plus nombreuses, il est inutile d'examiner les autres.

Mais ce n'est pas tout : les fumigations de chlore ne sont pas un de ces médicaments innocents dont on doit se borner à dire qu'ils n'ont pas d'efficacité; il faut rechercher encore si elles n'ont aucun inconvénient: or il n'est pas de médecin ayant expérimenté ce moyen qui n'ait vu, dans quelques cas, le chlore porté dans les poumons y occasionner une vive irritation, augmenter la toux, la rendre douloureuse, provoquer des hémoptysies, allumer la fièvre, etc. J'ai été témoin d'un fait semblable à l'hôpital Saint-Antoine. Toutefois je dois dire que le mode d'administration n'était pas exactement le même. M. Guérard, pensant que les accidents attribués au chlore pouvaient tenir en partie à ce que la difficulté de respirer par un tube trop étroit fatiguait considérablement le poumon, fit imbiber un linge du liquide chloruré, et le malade s'en couvrit le visage, inspirant ainsi la vapeur qui s'en exhalait : ces simples inspirations suffirent pour donner lieu aux accidents que je viens de mentionner.

En résumé, le chlore n'a point eu les heureux résultats qu'on en attendait. Aurait-il quelque utilité en favorisant l'expectoration dans des cas particuliers? C'est ce que l'observation faite sous ce point de vue pourra seule nous apprendre.

L'*iode* et ses préparations ont été employés avec d'autant plus d'empressement, qu'un grand nombre d'auteurs ont comparé les tubercules pulmonaires aux scrofules. Déjà Morton faisait usage de ce médicament qui, dans ces vingt dernières années, a été principalement employé en Angleterre. Le docteur Scudamore (2) prescrit le médicament sous forme de fumigation, et met en usage la formule suivante :

♃ Iode	0,25 gram.	Alcool	4 gram.
Hydriodate de potasse	0,15 gram.	Teinture de ciguë	25 gram.
Eau distillée	150 gram.		

Cet auteur pense que l'union de l'iode avec la ciguë a une importance réelle; il est inutile d'ajouter que ces assertions ne sont pas fondées sur des faits très concluants. Les autres auteurs ont prescrit ce médicament à l'état d'*hydriodate de potasse* et en boisson; c'est ainsi que le docteur Baron (3) donna l'hydriodate de potasse à la dose de huit à douze gouttes deux fois par jour dans une potion. Le docteur Gairdner a mis en usage la même médication, et, dit-il, avec un certain succès ; il en est de même du docteur Cooper. Mais leurs résultats sont-ils aussi avantageux qu'ils le pensent ? Pour en juger, il suffit d'examiner une observation rapportée par le docteur John Baron ; il a suffi à l'auteur, pour diagnostiquer la

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édit.; Paris, 1843.
(2) *On inhalation of iod.*, etc.; London, 1834.
(3) *Illustrations of the inquiry respecting tubercul. dis.*; 1822.

maladie, de quelques symptômes généraux suivis de l'expectoration d'une matière souillée de sang et que l'on a prise pour un tubercule.

L'administration de l'iode et de l'hydriodate de potasse en boisson est fort simple :

℞ Hydriodate de potasse....2 gram. | Eau distillée............ 35 gram.

Mêlez. A prendre de 4 à 12 ou 15 gouttes, suivant l'âge, deux ou trois fois par jour, dans un demi-verre d'eau sucrée ou dans une cuillerée de sirop simple.

La teinture d'iode peut être administrée de la même manière, mais à une dose un peu plus faible, car elle détermine plus facilement des accidents.

Ce que les médecins français ont fait pour le chlore, quelques médecins étrangers l'ont fait pour la *vapeur de goudron*. Toutefois on n'administre celle-ci qu'en en chargeant l'atmosphère dans laquelle se trouvent les malades. Plusieurs articles ont été publiés sur ce sujet (1). Le plus intéressant contient un relevé de 54 cas traités de cette manière : 4, dit-on, furent guéris ; 6 éprouvèrent une amélioration sensible ; 16 restèrent dans le même état ; 12 devinrent plus malades, et 13 moururent. On sent bien que, pour apprécier un pareil moyen, il ne faut avoir égard qu'aux quatre cas dans lesquels on a cru constater une guérison ; car avec toute autre espèce de traitement, on voit des malades, et dans la même proportion, éprouver les autres effets indiqués. Malheureusement les détails ne sont pas suffisants pour s'assurer du degré de la maladie dans les quatre cas de prétendue guérison, ainsi que de l'absence ou de la présence de certaines complications, qui auraient pu en imposer, et enfin de la réalité de la guérison elle-même. Quant à la manière dont on pratique les fumigations, elle est très simple :

TRAITEMENT PAR LA VAPEUR DE GOUDRON.

Mettez dans un large vase 500 grammes de goudron que vous ferez évaporer dans la chambre du malade, en évitant l'ébullition qui déterminerait le dégagement de vapeurs empyreumatiques irritantes.

A l'hôpital de la Charité de Berlin, on faisait dégager ces vapeurs quatre fois par jour.

M. Pétrequin (2) a employé le *goudron* non plus en vapeurs, mais *en solution* dans l'eau ; il cite un nombre assez considérable d'observations dans lesquelles il trouve que ce médicament a calmé les principaux symptômes, tels que l'oppression, la toux, les douleurs de poitrine ; mais qu'il n'a point procuré la guérison. Une circonstance vient rendre ce résultat moins important qu'il ne le paraît d'abord : c'est que presque tous les sujets avaient, en commençant le traitement, ces points pleurétiques qui s'apaisent et disparaissent tout à fait par le régime et par le repos, et qui ont fait croire souvent à l'efficacité de remèdes inutiles. Voici la préparation prescrite par M. Pétrequin :

Faites macérer pendant huit jours 30 grammes de goudron dans 500 grammes d'eau ; agitez fréquemment ; filtrez et donnez 250 à 300 grammes de cette solution coupée avec du lait.

La *créosote* a été également prescrite, et dans le même but. M. Rampold (3)

(1) *Journal de médecine de Hufeland*; 1820, 1827.
(2) *Gaz. méd.*, t. IV, p. 705 ; 1836.
(3) *Journ. der practisch. Heilk.*; 1837.

cite deux observations dans lesquelles la créosote, unie à l'extrait de myrrhe, a, selon lui, produit de bons effets ; mais comme rien ne prouve que les malades aient été guéris, et que, d'un autre côté, on administrait des narcotiques et le sel de nitre, on n'est nullement autorisé à attribuer l'amélioration à cet emploi de la créosote. Quelques autres médecins, tels que Schroen, Cartoni, etc., ont vanté le même moyen, mais sans apporter la moindre preuve de son efficacité. M. Junod (1) conseille les inspirations de créosote, pour lesquelles il suffit de placer auprès du lit un petit flacon bouché à l'émeri et contenant ce médicament. Pour rendre l'action du remède plus intense, on peut déboucher de temps en temps le flacon, et répandre quelques gouttes de créosote sur un linge placé auprès du malade. Il est inutile de dire que les faits fournis en faveur de ce moyen n'ont qu'une valeur très contestable. M. Pétrequin a fait des expériences sur l'emploi de la créosote, qu'il administrait à la dose de *deux gouttes* dans 60 *grammes d'eau bouillante* et 30 *grammes de sirop de gomme*. D'après le relevé de ces observations, ce médicament n'a eu d'effet que sur un petit nombre de symptômes, et à un degré beaucoup moins haut que l'eau de goudron.

Quelques gaz, et en particulier l'*oxygène* et l'*acide carbonique*, ont été prescrits en inspirations plus ou moins répétées, mais sans qu'aucun fait important prouve en faveur de leur efficacité. Le second de ces gaz, que Percival a le premier employé, doit être d'autant moins conseillé, que des inspirations trop multipliées pourraient, comme on le conçoit facilement, devenir très nuisibles. J'en dirai autant de l'hydrogène carboné, sur lequel je n'insisterai pas davantage.

Balsamiques. Cette espèce de médicament a été administrée sous des formes variées, et un grand nombre d'auteurs en ont préconisé les bons effets. Je ne citerai ici que les principaux.

Fréd. Hoffmann (2) recommande le *baume de copahu* uni au soufre, qu'il administrait de la manière suivante :

℞ Huile d'amandes douces. 30 gram. | Fleur de soufre.......... 8 gram.

Faites cuire à une douce chaleur ; ajoutez :

Baume de copahu......	4 gram.	Huile d'anis.........	ãã 10 gouttes.
Sperma ceti.........	ãã 15 gram.	de fenouil.....	
Cire jaune..........		de macis......	
Extrait de safran......	2 gram.		

Quelques autres auteurs ont également prescrit le baume de copahu, mais aucun n'a apporté de faits concluants en faveur de son efficacité.

C'est à Van-Swieten qu'on attribue l'idée d'avoir prescrit les *fumigations de styrax*, qui furent adoptées par Mead. On pratique ces fumigations de la manière suivante :

Fumigations de styrax.

Mettez dans un vase de terre vernissé parties égales de styrax et de cire jaune ; faites évaporer doucement ; renouvelez cette préparation tous les sept ou huit jours.

Au lieu de styrax, on peut former le mélange avec le *baume du Pérou* ou la *térébenthine*

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*
(2) *Oper. omn.*, t. III, *De affect. phth.*

Billard accordait une grande confiance à ces fumigations, sur la valeur desquelles nous n'avons du reste aucun renseignement positif.

Un médicament qui a été fortement préconisé, et qu'on emploie depuis longtemps, c'est la *myrrhe*. Le docteur Robert Thomas (1) insiste beaucoup sur son emploi. Il faut, suivant lui, pour que l'action de ce médicament soit très marquée, qu'il n'y ait pas un degré de fièvre trop élevé. Il regarde comme très efficaces les préparations de M. Griffith, qui, avant lui, administrait la myrrhe en l'associant au *sulfate de fer* et au *carbonate de potasse*, de manière à former la potion dite *antihectique*, dont la réputation a été très grande, et dont voici la formule :

Potion antihectique de Griffith.

Myrrhe................	4 gram.	Carbonate de potasse.......	2 gram.

Triturez ensemble et ajoutez :

Eau de menthe poivrée..	350 gram.	Sirop de guimauve.........	30 gram.
Sulfate de fer...........	0,60 gram.		

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche quatre fois par jour.

M. Robert Thomas a administré le même médicament en pilules, ainsi qu'il suit :

℞ Myrrhe pulvérisée......	2 gram.	Extrait de gentiane........	6 gram.
Sulfate de fer..........	1,20 gram.	Sirop simple..............	Q. s.
Carbonate de potasse....	4 gram.		

F. s. a. 70 pilules à prendre au nombre de 3 ou 4 trois fois par jour.

Les docteurs Gunther et Stanger (2) ont employé ce médicament, et, disent-ils, avec succès. On pourra, aujourd'hui qu'on connaît parfaitement les signes de la phthisie pulmonaire, rechercher s'ils ont réellement un certain degré d'efficacité ; car évidemment toute preuve de quelque valeur nous manque pour les juger. Je n'insisterai pas davantage sur ces médicaments, dont le praticien peut facilement varier les formes.

Préparations sulfureuses. Diverses préparations sulfureuses ont également joui d'une grande réputation ; on sait que plusieurs sources d'eaux minérales sulfureuses passent pour très efficaces dans la phthisie pulmonaire. En France, ce sont les eaux de Saint-Sauveur, de Cauterets, les Eaux-Bonnes, qui sont regardées comme jouissant de cette propriété au plus haut degré. Malheureusement, des observations très exactes n'ont pas été faites à ce sujet ; et bien qu'on cite un assez grand nombre de cas dans lesquels l'usage des eaux sulfureuses a produit une amélioration plus ou moins notable dans l'état du malade, on n'en doit pas néanmoins conclure qu'elles peuvent procurer la guérison radicale de la maladie.

Mais ce n'est pas seulement par l'usage des eaux minérales qu'on a administré le *soufre* dans la phthisie pulmonaire : Fr. Hoffmann le donnait en substance, en l'associant, comme nous l'avons vu plus haut, à d'autres médicaments, et M. Ritscher (3) a suivi cette pratique. Mais la préparation à laquelle Hoffmann

(1) *The medic. pract. of Lond.*; 1828, 9e édit.
(2) *Allg. med. Annal.*; 1811.
(3) *Rust. Magaz.*; 1832.

attribuait le plus d'efficacité est le *baume de soufre*, dont je n'indiquerai pas ici la formule, attendu que ce médicament, d'une composition très variable, n'est plus admis dans la matière médicale. Suivant Fr. Hoffmann, quatre malades chez lesquels on avait en vain employé une multitude d'autres médicaments, furent guéris par le baume de soufre, joint à une petite quantité de *baume du Pérou*, d'*huile d'anis* et de *fenouil*, préparation qui, suivant cet auteur, est le meilleur médicament pectoral possible ; mais un coup d'œil jeté sur les observations suffit pour se convaincre que la nature de la maladie et la solidité de la guérison ne sont rien moins que démontrées.

Proto-iodure de fer. On a vu plus haut que certaines préparations de fer ont été administrées en même temps que d'autres substances pour obtenir la cure radicale de la phthisie ; c'est à l'iode que M. Dupasquier (1) a associé le fer, association dont il a récemment vanté l'efficacité. Ce médecin a été conduit à mettre cette médication en usage, en observant les bons effets qu'elle produit chez les scrofuleux ; mais cette opinion, fondée uniquement sur une analogie qui n'est point complétement démontrée, avait besoin d'être sanctionnée par l'observation, et M. Dupasquier se livra aux expériences suivantes :

Ayant voulu d'abord employer le proto-iodure de fer tel qu'il est dans les pharmacies, l'iode libre contenu dans cette préparation lui parut nuisible aux phthisiques. Pour remédier à cet inconvénient, il imagina la formule suivante, qui sert de base à toutes les autres :

Solution normale de proto-iodure de fer de M. Dupasquier.

℞ Iode	10 gram.	Eau distillée	80 gram.
Limaille de fer	20 gram.		

Introduisez ce mélange dans un petit matras que vous tiendrez plongé pendant huit ou dix minutes dans de l'eau chauffée à 70 ou 80 degrés centigrades, mais non bouillante, pour que l'iode ne se volatilise pas. Agitez le mélange à plusieurs reprises. Lorsque le liquide, après avoir passé au rouge brun, deviendra transparent, l'opération sera finie.

A prendre d'abord à la dose de 15 gouttes par jour, qu'on peut élever graduellement jusqu'à 120 gouttes.

Cette préparation ne peut être conservée ; il faut ou l'administrer instantanément, ou la faire servir aux préparations suivantes :

Sirop proto-iodo-ferré.

℞ Solution normale de proto-iodure de fer	4 gram.	Sirop de gomme incolore très consistant	200 gram.
		Sirop de fleurs d'oranger	50 gram.

Mêlez exactement, en agitant quelques instants. Chaque cuillerée à bouche de ce sirop représente environ quatre gouttes de solution normale; de sorte qu'on pourra en administrer de 4 à 28 ou 30 cuillerées par jour.

On fait également une eau gazeuse qui est quelquefois plus agréable aux malades :

Eau gazeuse proto-iodo-ferrée.

℞ Solution normale de proto-iodure de fer	1 gram.	Eau gazeuse	1 bouteille.
		Sirop de gomme	80 gram.

(1) *Journal de pharmacie*; Paris, 1841, t. XXVII, p. 117.

On peut, si on le juge convenable, augmenter la dose de proto-iodure de fer, et en introduire dans l'eau gazeuse 2, 3 et 4 grammes. La bouteille d'eau gazeuse doit être bue dans les vingt-quatre heures.

Enfin, M. Dupasquier a administré le médicament sous forme de pilules, qui ont l'avantage de se conserver bien plus longtemps que les autres préparations :

Pilules proto-iodo-ferrées.

℞ Iode	8 gram.	Eau distillée	25 gram.
Limaille de fer	16 gram.		

Préparez comme la solution normale, filtrez et versez dans une cuiller de fer non étamée.

Ajoutez :

Miel de Narbonne........................ 30 gram.

Faites évaporer rapidement jusqu'à consistance d'un sirop un peu clair; ajoutez ensuite peu à peu et en agitant :

Gomme adragante en poudre................ 12 gram.

Divisez la masse pilulaire en 200 pilules, dont on donnera de 4 à 30 par jour, en augmentant progressivement la dose.

D'après M. Dupasquier, le médicament dont je viens d'indiquer les préparations aurait eu les résultats suivants : Dans un certain nombre de cas, il a procuré des guérisons, des cicatrisations parfaites et définitives de cavernes bien reconnues par l'auscultation chez des malades arrivés au dernier degré de marasme, et qui ont repris ensuite leur embonpoint primitif et tous les caractères de la santé. Dans le plus grand nombre des cas, au contraire, il n'y a eu que des améliorations passagères, et quelquefois même le médicament a été sans effet.

Quoique les résultats publiés par M. Dupasquier ne s'annoncent pas avec autant d'éclat que ceux qu'on a attribués à plusieurs autres médicaments, tels qu'ils sont, ils n'en auraient pas moins une bien grande importance, si l'on pouvait être convaincu que toute cause d'erreur a été évitée ; mais ces causes d'erreur sont telles, qu'il faudrait pouvoir examiner attentivement les faits allégués, pour acquérir une véritable conviction. J'insiste d'autant plus sur ce point, que, dans les hôpitaux de Paris, les formules de M. Dupasquier ont été mises en usage avec beaucoup de soin, et quelquefois par lui-même, sans aucun des avantages qu'il leur a trouvés, trompé sans doute qu'il a été par des faits compliqués et d'un diagnostic difficile. On ne saurait trop insister sur ces deux circonstances : 1° que la phthisie pulmonaire n'a point une marche toujours ascendante, que par moments elle semble s'arrêter, pour reprendre ensuite une nouvelle impulsion ; et 2° que des inflammations intercurrentes viennent quelquefois donner à la maladie un aspect tellement grave, qu'on croirait les sujets voués à une mort prochaine, tandis qu'en se dissipant elles semblent faire place à une guérison assurée.

Le docteur Gola (1) conseille l'*iode pur*, uni à l'amidon, à la dose de 5 centigrammes, dans les vingt-quatre heures. Rien ne prouve qu'il ait eu de véritables succès.

Digitale. C'est là encore une substance qui, suivant quelques auteurs qui l'ont employée, aurait une très grande efficacité dans la phthisie pulmonaire, et procu-

(1) *Gaz. med. di Milano*; 1848.

rerait fréquemment une guérison radicale. Beddoës affirmait qu'entre ses mains elle avait réussi au moins trois fois sur cinq. Après lui, plusieurs auteurs anglais et allemands ont vanté les bons effets de ce médicament. M. Bayle a réuni (1) plusieurs observations rapportées comme exemples des avantages de la digitale. MM. Magennis (2) et Houlès (3) ont également cité des observations en faveur de la digitale; mais un mot suffira pour montrer qu'elles sont loin d'être concluantes. Chez le malade observé par M. Houlès on découvrit, il est vrai, à l'aide de l'auscultation, les signes d'une caverne; mais rien ne fut fait pour s'assurer que la cavité qui était le siége de ces phénomènes n'était due ni à une gangrène du poumon, lésion que la fétidité de l'haleine aurait pu porter à admettre, ni à une simple dilatation des bronches, qu'il est quelquefois si difficile de distinguer des excavations tuberculeuses. Quant au docteur Magennis, qui affirme avoir guéri tous les malades au premier degré, et 25 sur 48 au troisième, qu'il me suffise de dire que ses observations ont été prises en 1799 et 1800, c'est-à-dire à une époque où le diagnostic de la phthisie était bien loin d'être précis. Le docteur Meyer, dont la confiance dans la digitale est grande, l'administre ainsi qu'il suit :

℞ Teinture de digitale....... 4 gram. | Eau distillée de laurier-cerise... 4 gram.

Mêlez. A prendre 10, 15 et 20 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée, trois fois par jour.

Quelques auteurs ont prétendu que cette substance avait principalement de l'efficacité dans les cas de complication d'une affection du cœur; mais il suffit de se rappeler que ces complications sont excessivement rares, pour juger du peu de valeur de cette assertion. On ne doit pas oublier, au reste, que l'usage de la digitale peut produire des accidents cérébraux et gastriques; ce qui rendra sans doute réservé dans l'emploi d'un médicament dont l'efficacité est si contestable. Aussi n'oserais-je pas conseiller d'imiter M. Faure (4), qui porte graduellement la dose de la teinture de digitale jusqu'à 200 et même 240 gouttes. Il faudrait, pour être tenté de suivre cette pratique, avoir des faits bien concluants, et les deux que cite M. Faure sont bien loin de l'être. Que sera-ce donc si d'autres faits viennent nous démontrer le danger imminent de cette médication? Or c'est ce qui a lieu, car, dans le service de M. Forget (5), la teinture de digitale ayant été portée, chez une phthisique de trente-six ans, à la dose de 100 gouttes seulement, il y eut un empoisonnement mortel.

Vomitifs. Depuis longtemps le *tartre stibié* a été mis en usage dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Morton l'employait fréquemment et en vantait l'efficacité. Un grand nombre de médecins ont depuis prescrit ce médicament, et tous ceux qui l'ont mis en usage lui ont attribué de bons résultats, dans des limites plus ou moins restreintes; mais c'est le docteur Giovanni de Vittis qui l'a le plus préconisé (6). Suivant lui, en effet, *dans l'espace d'environ quatre ans,*

(1) *Bibliothèque de thérapeutique;* Paris, 1830, t. III, p. 1 à 352.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 149.
(3) *Ibid.*, t. IX, p. 352.
(4) *Bull. thér.*, mai 1848.
(5) *Gaz. méd. de Strasbourg*, septembre 1848.
(6) *Annali universali di med.*, décembre 1832.

cent soixante-seize phthisiques auraient été guéris par cette médication. Mais ici encore la question du diagnostic revient tout entière, et cela d'autant plus, que les phthisiques sont, comme je l'ai déjà dit, très sujets à des pneumonies partielles, dont la guérison, obtenue par ce traitement, peut en imposer pour une guérison complète de la maladie principale. Voici, au reste, comment M. Giovanni de Vittis dirige le traitement :

TRAITEMENT DU DOCTEUR GIOVANNI DE VITTIS.

Pour tisane, hydrogala composé d'un tiers de lait et de deux tiers d'eau.

Administrer matin et soir une cuillerée de la potion suivante :

℞ Tartre stibié	0,15 gram.	Sirop simple	30 gram.
Infusion de fleurs de sureau.	150 gram.		

Se borner, pour toute nourriture, à du riz cuit en consistance de bouillie, et sucré. Dans les cas de diarrhée colliquative, on remplacera cette bouillie par deux tasses de chocolat avec deux biscotes.

Si, au bout d'un quart d'heure, la potion n'a pas produit de vomissements, on peut en administrer une seconde cuillerée; si elle produit des évacuations alvines trop abondantes, il faut la suspendre et la remplacer par les pilules suivantes :

℞ Digitale pourprée en poudre..	0,50 gram.	Ipécacuanha torréfié et pulvérisé.	0,50 gram.

Mêlez exactement. F. s. a. 10 pilules. A prendre une toutes les heures, ou plus souvent, suivant le nombre des évacuations.

Il est fort difficile, on le pense bien, d'apprécier à sa juste valeur une semblable médication ; mais il est permis de croire qu'elle a un certain avantage, en ce sens qu'elle peut modérer quelques uns des principaux symptômes, et s'opposer à des complications toujours fâcheuses. Mon ami le docteur Rufz (1) a, en effet, remarqué que le tartre stibié, donné à doses fractionnées, avait une heureuse influence sur la marche de la maladie ; et le talent d'observation bien connu de ce médecin donne une valeur réelle à cette remarque. Toutefois ce ne sont point là encore des observations rigoureuses et détaillées qui puissent satisfaire les esprits sévères ; attendons que de nouveaux faits viennent nous éclairer plus complétement. Les mêmes réflexions s'appliquent aux faits observés par M. Bricheteau (2). Ce médecin donne le tartre stibié à la dose de 0,05 à 0,10 grammes dans une potion.

L'*ipécacuanha* a été administré comme remède principal dans la phthisie pulmonaire. Reid (3) conseillait de donner l'ipécacuanha matin et soir, de manière à produire chaque fois un vomissement ou deux, et de répéter ce moyen autant que les forces du malade et les symptômes l'indiquent. Cette médication se rapproche tellement de la précédente, qu'on peut la confondre avec elle.

Sels alcalins. Les sels alcalins ont été fréquemment mis en usage dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; les principaux sont le *carbonate de potasse*, l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, *de baryte*, *de chaux*, et enfin le *sel marin*, auquel on a attribué, dans ces derniers temps, les résultats les plus avantageux. Les essais qu'on avait faits du sel marin avaient laissé la question indécise, lorsque le docteur Amédée Latour (4), guidé par une circonstance fortuite, l'employa chez quelques

(1) *Études sur la phthisie pulmonaire à la Martinique, dans Mémoires de l'Académie de médecine*; Paris, 1843, t. X, p. 223.

(2) *Gaz. des hôp.*, décembre 1845.

(3) *A treatise of the consumption*; London, 1806.

(4) *Presse méd.*; 1837.

sujets gravement affectés. Bientôt les principaux signes, tant physiques que rationnels, se dissipèrent, et M. Latour crut devoir faire connaître des résultats aussi inattendus. Mais les essais faits dans les hôpitaux de Paris par d'autres médecins furent loin d'être couronnés du même succès, ou plutôt ils n'eurent absolument aucune influence sur les symptômes et la marche de la phthisie. Une différence aussi grande dans les résultats dut paraître fort extraordinaire, et faire penser que M. Latour avait été induit en erreur par quelque circonstance qu'il n'avait pas pu apprécier; mais ce médecin a répondu que l'emploi du sel marin était le moyen principal, mais non pas le moyen unique dont se compose son traitement; qu'il faut encore procurer aux malades un régime convenable, l'habitation d'un lieu sec et aéré, l'exposition fréquente au soleil, des vêtements chauds et secs : moyens hygiéniques indispensables pour que le médicament puisse agir. Il ajoute que les malades ne pouvant pas, dans les hôpitaux, jouir de tous ces avantages, les expériences faites sur eux n'ont aucune valeur réelle, et ne peuvent être opposées aux faits qu'il a cités. J'avoue que j'ai peine à comprendre qu'un médicament, même en l'entourant de circonstances plus favorables encore, s'il est possible, que celles qui sont exigées par M. Latour, puisse triompher d'une maladie aussi grave que la phthisie pulmonaire, sans qu'on retrouve au moins une partie de ses effets chez les malades placés dans les conditions où se trouvent ceux de nos hôpitaux. Néanmoins on peut attendre de nouveaux faits pour se prononcer définitivement, et cela d'autant plus que le docteur Lediberder, observateur exact, croit avoir obtenu de très bons effets de l'emploi de ce moyen, qu'on administre simplement de la manière suivante:

♃ Sel marin................ 4 gram. | Faites dissoudre dans bouillon . 1 tasse.

A prendre tous les matins, ou matin et soir, si on le juge convenable.

Pour éviter le dégoût qu'inspire à un certain nombre de malades ce bouillon salé, on peut administrer le sel à la même dose dans du pain enchanté.

M. Pascal (1) a employé principalement le *sous-carbonate de potasse*; mais les observations qu'il fournit sont des exemples qui semblent choisis exprès pour prouver l'importance de ce que j'ai dit sur la nécessité de tenir compte des circonstances particulières de la maladie. Des cinq observations qu'il donne comme exemples de phthisie guérie par ce médicament, il n'en est pas une dans laquelle, à la sortie des malades, il n'existât encore quelques signes d'altération organique du poumon. Que s'est-il donc passé dans ces cas? Ce que j'ai eu occasion de signaler plusieurs fois, et ce qu'il faut signaler encore, car c'est là le point capital de la question : des phlegmasies incidentes s'étaient développées au début de la phthisie, et avaient jeté les malades dans un état grave; l'influence du repos, des émollients et peut-être des remèdes employés, a fait disparaître ces maladies secondaires, et la phthisie, revenue aux faibles symptômes du début, a paru guérie. Voilà comment, sans donner aux faits une explication forcée, on peut, je crois, se rendre raison de ces guérisons étonnantes, que les autres médecins ne peuvent plus produire par les mêmes moyens.

Le docteur Beddoës mettait en usage l'*hydrochlorate de chaux* uni à l'*extrait de jusquiame*, selon la formule suivante:

(1) *Guérison de la phthisie*; Paris, 1839.

℞ Hydrochlorate de chaux pur, dissous. . . . . 8 gram.	Eau distillée. . . . . 200 gram.
Extrait de jusquiame. . . . . . 0,60 gram.	Sirop de framboises. . . . . 20 gram.

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche quatre fois par jour.

Le docteur Cless veut qu'on emploie le *sel ammoniac* à haute dose. Hufeland conseille l'*hydrochlorate de baryte*. Les réflexions que j'ai faites à l'occasion des médicaments précédents sont encore bien plus applicables à ceux-ci ; c'est pourquoi je n'y insisterai pas davantage.

M. Becker, de Moscou (1) a rapporté deux cas dans lesquels la guérison serait survenue sous l'influence de la vapeur d'eau chargée de sel marin et de sel ammoniac, dans laquelle étaient constamment plongés les malades. Ceci me conduit à parler du traitement de M. Turck, sur lequel M. le docteur Cossy (2) nous a donné un travail important.

Ce traitement consiste dans l'élévation de la *température* de la chambre à 25 ou 28 degrés centigrades d'abord, puis de 29 à 31. On fait *dégager constamment de l'ammoniaque* dans cette pièce. On fait faire aux malades des *lotions générales* avec une solution d'*aluminate de soude*. On prescrit les pédiluves suivants :

Eau à 30 degrés centigrades. . . Q. s.	Potasse du commerce. de 40 à 50 gram.

On applique des *cataplasmes* de farine de graine de lin faits avec de l'eau contenant de 40 à 50 grammes de potasse en dissolution.

On donne les *pilules astringentes* suivantes :

℞ Sous-carbonate de fer. . . . . ⎫ de potasse. ⎬ ââ 20 gram. de chaux. . ⎭	Extrait de cachou. . . . . 30 gram. gommeux d'opium. . . 1 gram.

Pour 300 pilules. A prendre d'abord 6 ou 8 par jour, puis rapidement 12 ou 14.

Pour *tisane*, les malades prennent de la tisane sudorifique simple ou une infusion de tilleul.

Le *régime* est suivant le désir du malade, sauf qu'on proscrit les légumes verts, les pruneaux, etc. ; tout ce qui peut donner le dévoiement.

M. Cossy, ayant suivi ce traitement avec la plus grande attention, a démontré par l'examen attentif des faits, qu'il n'a eu aucun résultat favorable, et n'a nullement arrêté la marche de la maladie. C'est un traitement au moins nul. Que penser après cela de celui qu'a signalé M. Becker ?

Jusqu'à présent je n'ai point parlé des *médicaments narcotiques*, qui sont bien plus fréquemment employés dans le traitement des symptômes que dans le but de procurer une guérison radicale ; il en est cependant qui ont été donnés comme pouvant produire ce résultat, et je dois en dire un mot.

La *ciguë* est un de ceux qui ont été le plus fréquemment employés. Hufeland cite un cas où l'extrait de ciguë fut d'abord administré à la dose de 50 centigrammes par jour, dose qu'on éleva jusqu'à 2 grammes. Ce fut là la base du traitement, qui, selon l'auteur, procura la guérison ; mais la phthisie était commençante, et comme les moyens de diagnostic n'étaient point suffisants pour reconnaître cette maladie au début, il en résulte qu'on peut supposer, avec quelque raison, ou que la maladie

(1) *Séances de l'Acad. des sciences* ; 1840.

(2) *Mémoire sur le traitement de la phthisie par les préparations alcalines jointes à une température élevée et chargée de vapeurs ammoniacales* (*Arch. de méd.*, 4e série, 1844, t. VI, pag. 431.)

n'était qu'un simple catarrhe chronique, ou, si c'était une phthisie, qu'elle n'a point été réellement guérie. Le docteur Paris associait ce médicament à la *jusquiame*, à l'*acétate d'ammoniaque* et au *vin d'ipécacuanha*. Je vais présenter ici sa formule composée, dont l'utilité a besoin de nouvelles recherches pour être parfaitement démontrée :

℞ Extrait de ciguë...... de jusquiame..	ãã 2,50 gram.	Mucilage d'acacia......... 8 gram.

Triturez ensemble et ajoutez :

Acétate d'ammoniaque liquide..	30 gram.	Vin d'ipécacuanha............	5 gram.
Eau pure....................	150 gram.	Sirop de coquelicot...........	10 gram.

Mêlez. A prendre deux cuillerées à bouche trois fois par jour.

L'*aconit* n'a point joui d'une moindre réputation ; on peut même dire que, dans le siècle dernier, il était regardé comme supérieur à la ciguë dans le traitement de la phthisie ; mais l'absence d'observations nous laisse dans l'incertitude à son sujet. Le docteur Busch (1) le donnait à la dose de 10 *centigrammes*, de deux heures en deux heures, et le portait graduellement jusqu'à 4 *grammes* par jour.

Les autres narcotiques n'ont guère été administrés que contre les symptômes. Suivant M. Magendie, l'*acide hydrocyanique* aurait procuré la guérison complète de plusieurs phthisies confirmées. D'autres médecins, parmi lesquels il faut citer Brera, ont employé ce médicament, auquel ils donnent des éloges ; mais les expériences de M. Andral ayant prouvé que l'acide hydrocyanique n'avait point les avantages qu'on lui supposait, et ce médicament, dont la composition peut varier beaucoup, étant très dangereux, il est inutile d'en donner ici les formules.

Plusieurs autres médicaments ont été présentés comme pouvant procurer la guérison de la phthisie pulmonaire, il serait beaucoup trop long d'entrer sur chacun d'eux dans des détails circonstanciés ; je me contenterai d'en signaler quelques uns. Laënnec avait cherché à guérir la phthisie pulmonaire en jonchant l'appartement des malades de *varech frais ;* mais ces expériences sans résultat ont été abandonnées. Le *fenouil d'eau* a joui, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, d'une grande réputation. Voici la formule qu'employait Herz :

℞ Semence de fenouil d'eau..	0,25 gram.	Nitrate de potasse.......	0,30 gram.
Sucre de lait............	0,50 gram.	Gomme arabique........	0,40 gram.

Mêlez. Pulvérisez, divisez en douze paquets. En prendre trois par jour.

On peut porter graduellement la dose des semences de fenouil d'eau jusqu'à 0,75 grammes.

Huile de foie de morue. Un des médicaments les plus employés aujourd'hui est l'huile de foie de morue. Beaucoup de médecins lui accordent une grande valeur, mais à des titres divers. Les uns pensent qu'elle agit seulement en relevant les forces et en stimulant les voies digestives, tandis que d'autres lui trouvent une efficacité beaucoup plus grande, et pensent qu'elle modifie avantageusement l'état local, et même qu'elle peut procurer une guérison complète. Parmi ces derniers, il faut citer, en première ligne, M. Williams, qui en a rapporté des effets merveilleux. Voici, en deux mots, les résultats qu'il aurait obtenus (2).

M. Williams a prescrit le remède dans plus de 400 cas ; il a recueilli des notes

(1) *Rech. sur la nat. et le trait. de la phthis.*; Strasbourg, an IV.
(2) *London Journ. of med.*, juin 1849 ; et *Arch. gén. de méd.*, juin 1849.

détaillées sur 284. 9 n'ont pas pu supporter le médicament; 19 n'en ont éprouvé aucun effet. Des 206 qui restent, les uns ont vu la maladie s'arrêter momentanément; les autres semblaient revenus à la santé. Près de 100 étaient dans ce dernier cas, et presque tous avaient commencé le traitement lorsqu'ils étaient déjà à la deuxième période de la maladie. On observait d'abord la cessation graduelle de la crépitation, et plus tard *disparaissaient la matité et le souffle*.

Que faut-il penser de ces résultats si extraordinaires? Évidemment, en présence d'un médecin qui cite ainsi les faits, on ne peut rien dire sans avoir à citer également des faits nombreux. Toutefois il y a tant de causes d'illusion quand il s'agit du traitement de la phthisie, la marche de la maladie est si variable et si trompeuse, et l'on voit tant de traitements fondés sur des faits échouer dans une nouvelle expérimentation, qu'on ne peut s'empêcher de concevoir des doutes très sérieux sur l'exactitude de ces résultats. Attendons, avant de nous prononcer, qu'une expérimentation nouvelle vienne nous apprendre si l'auteur, qui a fait toujours la faute d'employer le médicament avant d'observer pendant un certain temps la marche de la maladie, ne s'est pas fait une illusion complète. Cette expérimentation, je l'ai commencée, et déjà, je dois le dire, les faits que j'ai recueillis m'ont donné des résultats infiniment moins avantageux que ceux qu'a obtenus M. Williams. Voici, du reste, comment ce médecin administre le médicament :

Je n'emploie plus aujourd'hui, dit-il, qu'une huile parfaitement claire, transparente, sans goût, sans odeur, telle enfin qu'elle existe dans les cellules du foie de la morue, pendant la vie de l'animal; autrement dit, j'emploie une huile pour l'extraction de laquelle on ne se sert ni de la putréfaction ni de la chaleur (2).

Je prescris ordinairement l'huile de foie de morue à la dose d'une cuillerée, deux ou trois fois par jour. Je commence par une cuillerée à café; j'arrive graduellement jusqu'à une cuillerée à bouche, en consultant la tolérance de l'estomac. Je donne cette huile dans un liquide d'une odeur agréable, telle que l'infusion d'orange composée, additionnée d'un peu de teinture de sirop d'orange. Dans quelques cas, je me suis très bien trouvé d'avoir ajouté au véhicule quelques gouttes d'acide nitrique étendu d'eau. Autrement dit, le médecin doit faire tous ses efforts pour faire supporter le médicament, et pour éviter toute action désagréable sur l'estomac. Le meilleur moment pour administrer cette huile, c'est une heure ou deux après le repas : à ce moment, la digestion n'est pas encore terminée, et l'huile pénètre avec les matériaux alimentaires, sans donner lieu à des éructations désagréables, si communes lorsqu'on l'administre avant ou avec le repas.

Tout le monde sait qu'on a de tout temps vanté *certains climats* comme propres non seulement à préserver de la phthisie pulmonaire, mais encore à guérir cette maladie lorsqu'elle existe. Je ne rappellerai pas ici les discussions auxquelles cette opinion a donné lieu; je me bornerai à dire, sans prétendre que l'influence du

(1) Voici le mode de préparation de l'huile de foie de morue, donné par M. Williams: On n'emploie que des foies d'animaux morts depuis peu de temps; on choisit principalement ceux qui sont fermes et d'une couleur jaune pâle. On les réduit en pulpe, et l'on mélange celle-ci avec de l'eau à la température de 50 degrés centigrades; on filtre, et, après avoir laissé reposer, on décante l'huile qui surnage. On la porte à la température de 12 à 15 degrés centigrades, et l'on filtre de nouveau. Toute cette opération doit être terminée en très peu de temps et dans des vases clos, afin d'empêcher l'huile de rancir. Celle-ci doit être conservée dans des vases bien remplis, bien fermés, et dans un endroit frais. Après le refroidissement, on filtre de nouveau, afin de dépurer la stéarine et la margarine qui se déposent.

climat n'est point favorable, qu'on n'a point de preuves convaincantes qu'elle ait procuré la guérison de la phthisie. J'ajouterai même que, dans certains pays méridionaux, Marseille et Rome, par exemple, la phthisie pulmonaire est à peu près aussi fréquente qu'à Paris, et, comme à Paris, se termine par la mort. M. Dor, médecin de Marseille, et M. Journé (1), à Rome, ont constaté ce fait par des chiffres. Il ne faut donc pas regarder l'influence des climats comme une chose jugée, et l'on doit désirer que des recherches exactes viennent décider la question (2).

On a pensé également que l'*habitation aux bords de la mer* et les *voyages maritimes* pouvaient procurer la guérison des phthisiques. Cette manière de voir, que partageait Laënnec, ne paraît nullement fondée, au moins quant à l'habitation dans les ports de mer; car, pour les voyages maritimes, il faut distinguer les régions dans lesquelles ces voyages sont accomplis. M. le docteur Girard, professeur à l'école de médecine de Marseille, m'a communiqué quelques remarques assez importantes qu'il a faites à ce sujet. Il a vu plusieurs malades s'éloigner dans un état presque désespéré, et recouvrer la santé à mesure qu'ils s'approchaient des régions intertropicales, tandis que, de retour à Marseille, ils étaient promptement repris de symptômes graves, et ne tardaient pas à succomber. Il est à désirer que ces observations soient continuées sur une plus grande échelle. Y a-t-il eu, en effet, simple coïncidence? L'amélioration a-t-elle été produite par la navigation dans un climat chaud et humide? Cette amélioration peut-elle nous faire espérer qu'avec plus de persévérance on obtiendrait une guérison complète? Ce sont autant de questions très importantes, mais que l'observation pourra seule résoudre. Ceux qui ont regardé comme démontrée l'heureuse influence des voyages sur mer ont attribué en grande partie leurs effets avantageux à l'action du sel marin apporté aux malades par une évaporation continuelle.

La *phellandrie* (*phellandrium aquaticum*) a été vantée dans ces derniers temps. M. Sandras est un de ceux qui l'ont le plus préconisée. Il donne la *graine pulvérisée avec son écorce* à la dose de 1 à 2 grammes par jour, incorporée dans du miel. M. Michéa (3) préfère le *sirop de phellandrie* à la dose de deux à quatre cuillerées par jour. J'ai expérimenté ce médicament, et des observations que j'ai recueillies (4), il est résulté pour moi que l'effet qu'on lui a attribué doit être rapporté à d'autres causes, et en particulier au repos et au séjour au lit.

Le docteur Hastings (5) dit avoir guéri 66 malades sur 100 avec le *medicinal naphta*, qui n'est autre chose qu'un esprit pyro-acétique obtenu en faisant passer la vapeur de l'acide acétique à travers un tuyau de porcelaine rougi au feu, ou en distillant à sec un acétate. Il en donne 20 gouttes trois fois par jour. Il suffit de remarquer cette énorme proportion de guérisons pour être convaincu qu'il y a erreur complète. D'ailleurs les observations citées sont très peu concluantes.

Le *nitrate d'argent*, l'*acétate de plomb*, le *charbon*, et plusieurs autres médicaments que nous retrouverons à l'occasion du traitement des symptômes, ont été cités comme pouvant guérir la phthisie; mais, n'ayant aucune preuve de l'efficacité

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1839, t. III, p. 542.
(2) Voy. Ed. Carrière, *le climat de l'Italie sous le rapport hygién. et médic.*, Paris, 1849, in-8.
(3) *Bull. gén. de thér.*, décembre 1847.
(4) *Bull. gén. de thérap.*, février 1850.
(5) *Pulm. consump. success. treat.*, etc.; 1845.

de ces moyens, je me contente de les mentionner. Faut-il encore citer la *vapeur du charbon*, conseillée par MM. Tschikarewysky et Sokolow (1); le *caoutchouc* en pilules prescrit par M. Huller de Presbourg (2); les *cigarettes arsenicales;* les *escargots;* les *frictions avec du lard*, du docteur Spilsbury, etc., etc.? A peine si quelques uns de ces moyens peuvent prendre place dans la médecine des symptômes.

Parmi les moyens externes, ceux que l'on regarde comme les plus efficaces sont le *séton* et le *cautère* placés sur les parois de la poitrine, au niveau du point où siége la lésion du poumon. M. Rostan (3) a eu sous les yeux quelques cas où l'application d'un séton fit disparaître des symptômes graves dus à la fonte des tubercules; mais ce médecin n'a pas publié lui-même ces observations, et l'extrait qu'on en a donné dans le recueil que je viens de citer laisse infiniment à désirer. Dans le seul cas qui paraisse se rapporter à notre sujet, il est très probable qu'une de ces phlegmasies intercurrentes, dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, a seule été guérie. Les observations en faveur du cautère ne sont pas plus concluantes.

Enfin, des *moyens mécaniques* ont été proposés afin d'obtenir l'oblitération des cavernes et d'empêcher le dépôt de la matière tuberculeuse. Deux médecins entre autres les ont proposés : l'un, M. Ramadge (4) conseille de produire une très forte expansion des poumons, en faisant faire aux malades de grandes inspirations d'air atmosphérique, en les faisant monter à cheval, etc.; l'autre, M. Piorry, veut, au contraire, que l'on comprime les parois de la poitrine à l'aide de bandages particuliers ou de poids qui tendent à les affaisser de manière à mettre en contact les parois des cavernes, et d'en opérer ainsi la cicatrisation. Ces bizarres moyens, qui paraissent si peu fondés sur une connaissance suffisante de la maladie, et pour l'appréciation desquels on n'a tenu aucun compte des principales circonstances, ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

On a été jusqu'à faire l'*ouverture d'une caverne* à travers les parois de la poitrine; cette opération, conseillée par le docteur G. Robinson (5), qui voulait qu'on fît l'ouverture comme pour les hydatides ou les abcès du foie, et pratiquée par MM. Hastings et Stokes (6), ne peut soutenir le plus léger examen. Sait-on si la caverne est unique? Le saurait-on, quel moyen y aurait-il d'empêcher le reste du poumon d'être envahi par les tubercules? Il y a toute espèce de motifs de repousser une pratique semblable.

M. le docteur Marshall-Hall (7) conseille, contre la phthisie caractérisée par la matité à la percussion, par la pectoriloquie non douteuse au-dessous de la clavicule, par l'hémoptysie, les frissons, les accès fébriles, la transpiration matinale, des *lotions* faites avec le mélange suivant :

♃ Alcool.................. 1 partie. | Eau................... 3 parties.

(1) *Tydschrift voor Wetens*, etc.; Utrecht.
(2) *Journal de pharmacie*; 1846.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*; 1835.
(4) *Arch. gén. de méd.*; 1836, 2ᵉ série, t. IX, p. 81.
(5) *Lond. med. Gaz.*; 1845.
(6) *Même journal*; même année.
(7) *Gaz. méd. de Paris*, octobre 1844. — *The Lancet*, 1844. — *Bull. thérap.*, septembre et octobre 1844.

On applique ainsi ce mélange :

On prend un morceau de linge doux de la largeur d'une feuille de papier à lettre, que l'on ploie plusieurs fois sur lui-même, de manière à ce qu'il présente six largeurs, puis on l'étend sur la partie antérieure et supérieure du thorax, immédiatement au-dessous des clavicules; on l'attache aux bretelles, ou à toute autre partie du vêtement, mais de manière à ce qu'il porte à nu sur la peau, et à ce que la chemise et les autres pièces du vêtement puissent être écartées et rapprochées facilement. On plonge alors dans la dissolution alcoolique une éponge du volume d'une noisette, et l'on exprime le contenu à la surface de la compresse; puis les vêtements sont fermés.

Cette opération ne demande pas plus de cinq secondes; elle doit être répétée toutes les cinq minutes, et ne doit être interrompue que pendant le sommeil. Le malade doit être habillé légèrement, et il est bon même que la compresse ne soit pas recouverte, afin de faciliter la libre et rapide évaporation.

J'ai cité ce traitement parce qu'il est recommandé par un médecin qui occupe un rang distingué dans la science; mais, dans ce cas, ne s'est-il pas fait illusion?

Je viens de passer en revue les principaux moyens préconisés dans le traitement radical de la phthisie. Maintenant, comment doit-on en apprécier la valeur d'une manière générale? J'ai fait voir, à l'occasion de chacun d'eux en particulier, que les observations d'après lesquelles on les avait vantés ne pouvaient, par des motifs très divers, entraîner la conviction, et que, aussitôt que le médicament passait en des mains étrangères, il perdait cette efficacité qui avait paru incontestable à son inventeur. La conclusion inévitable de cette revue me paraît être qu'il n'y a jusqu'à présent aucun remède qu'on puisse regarder comme véritablement curatif de la phthisie pulmonaire, et que, dans les cas fort rares où la guérison a eu réellement lieu, l'action des médicaments a été tout à fait secondaire. D'après ces considérations, on pourra penser que j'aurais dû passer sous silence un bon nombre de moyens cités plus haut; mais comme il fallait en déterminer la valeur avec connaissance de cause, et surtout comme plusieurs d'entre eux n'ont point été expérimentés aussi bien qu'ils auraient pu l'être, j'ai pensé, et tout le monde pensera sans doute, qu'il était utile de les exposer avec quelques détails. Maintenant nous allons passer au traitement palliatif, qui, dans l'état actuel de la science, est le plus important, puisque c'est le seul sur lequel nous puissions réellement compter.

Traitement palliatif. Ce traitement consiste dans l'emploi de moyens qui, sans pouvoir produire la cure radicale de la phthisie, procurent l'amendement des principaux symptômes, calment les douleurs, et peuvent ralentir la marche de la maladie. L'observation nous a appris à connaître un assez grand nombre de ces moyens, dont l'efficacité limitée, comme je viens de le dire, est incontestable. Nous allons les examiner successivement.

Nous avons vu plus haut que les *émollients*, aidés du *repos*, procuraient un soulagement marqué à des sujets soumis auparavant à des causes d'irritation prolongée. Tous les jours, en effet, nous voyons entrer dans les hôpitaux des malades qui paraissent dans un état extrêmement grave, et qui, au bout de quelques jours de repos et de l'emploi de moyens fort simples, éprouvent une amélioration des plus notables. Ces mêmes moyens, aidés de l'emploi de *petites saignées*, de quelques *sangsues* sur les parois de la poitrine, ont d'excellents résultats lorsqu'il

existe une de ces pneumonies ou pleurésies peu étendues qui tendent à donner une vive impulsion à tous les symptômes. C'est là une pratique générale que l'on ne saurait se dispenser de suivre dans de semblables circonstances.

Moyens contre la toux. La toux est, comme je l'ai déjà dit, un des premiers symptômes de la maladie, et ce symptôme est souvent très incommode ; aussi, depuis très longtemps, a-t-on cherché les moyens d'y remédier. On trouve dans Forestus la formule d'une poudre qu'il a empruntée à Haly, et dont la substance véritablement agissante est le *pavot blanc* (1). Les opiacés font également partie du traitement de Sydenham (2), et de nos jours ce sont les remèdes les plus employés chez les phthisiques. Ils atteignent, en effet, le double but de calmer la toux, de diminuer l'oppression et de rendre la respiration plus facile. Suivant Schmidt, l'*opium* donné seul augmente les symptômes de la phthisie, tandis qu'en l'associant aux *yeux d'écrevisses*, il est toujours efficace contre la toux et l'insomnie. L'expérience journalière nous apprend ce qu'il faut penser de la première de ces deux propositions, qui doit paraître fort étrange. Toutefois je vais donner ici la formule publiée par le docteur Meyer (3).

♃ Poudre d'yeux d'écrevisses....	2 gram.	Eau de fleurs de tilleul....	60 gram.
Jus de citron, q. s. pour la saturation.		Teinture d'opium.....	de 5 à 7 gouttes.
		Sirop diacode............	8 gram.

Mêlez. A prendre en une fois, avant de se coucher.

Les pilules d'extrait d'opium, à la dose de 0,03 à 0,20 et 0,30 centigrammes, données graduellement, et l'extrait de *datura stramonium* administré de la même manière, remplissent très bien l'indication.

C'est principalement pour diminuer l'intensité de la toux que M. Cruveilhier fait fumer les *cigarettes de belladone*. Cette substance a été administrée à l'intérieur par MM. Dor et Delahaye ; le premier de ces médecins affirme n'en avoir retiré aucun avantage. C'est également par leur action contre la toux que la *ciguë*, l'*aconit*, la *jusquiame*, ont acquis leur réputation d'efficacité contre la phthisie pulmonaire. Alibert a recommandé les *fumigations d'éther cicuté ;* mais on ne saurait approuver une telle pratique, qui peut avoir des inconvénients graves, sans que des observations exactes viennent déposer en sa faveur. MM. Trousseau et Pidoux disent avoir retiré de très bons effets de l'*emplâtre de ciguë* appliqué sur les parois de la poitrine (4). Suivant eux, ce moyen calme la toux, tempère les douleurs et modère la marche des tubercules. Est-ce bien à la ciguë qu'il faut attribuer ces effets ? En supposant qu'il n'y ait eu aucune illusion de la part de ces auteurs, de simples emplâtres de poix de Bourgogne et de diachylon ayant souvent des avantages de ce genre, surtout quand les malades se soumettent à un repos qu'ils ne gardaient pas auparavant, on sent qu'il faudrait autre chose qu'une simple assertion pour mettre hors de doute l'efficacité de l'emplâtre de ciguë. Le *lactucarium* est mis en usage dans le même but que l'opium, et plusieurs auteurs affirment qu'il a eu des effets avantageux. Enfin, les fumigations narcotiques, l'emploi de médicaments dits pectoraux, les loochs, les juleps gommeux, etc., complètent l'ensemble des moyens dirigés contre ce symptôme.

(1) *Opera omn.*, lib. XIV, observ. LVIII, t. II ; Rothom., 1653.
(2) *Opera med.*, t. I, p. 528, *Processus integr.*, etc.
(3) *Receptasch.* p. 256.
(4) *Traité de thérap.*, etc., t. II, p. 132.

L'*oppression* et les *douleurs de poitrine* sont quelquefois portées à un degré assez élevé pour exiger un traitement particulier. Les *emplâtres*, soit simples, soit composés de substances narcotiques; les frictions sur la poitrine avec un *liniment opiacé* ou bien avec un liniment irritant employé comme *révulsif*; les frictions avec l'*huile de croton*, qui, suivant M. Dor, ont un effet avantageux et retardent la marche de la phthisie, sont habituellement prescrits.

Je n'indiquerai pas ici les moyens qu'on doit opposer à l'*hémoptysie*, puisqu'ils ont été exposés en détail à l'occasion de cette hémorrhagie.

Il arrive assez souvent que l'*expectoration est difficile*, pénible, et n'a lieu qu'après de violents efforts de toux. C'est principalement pour obvier à ces inconvénients, qu'un grand nombre des médicaments dont nous avons parlé plus haut ont été mis en usage : ainsi les *balsamiques*, les *vomitifs à petite dose*, et en particulier l'*ipécacuanha*, le *polygala*, etc., ont été administrés dans ce but. Cette dernière substance, associée par Sachtleben au *lichen d'Islande* et à la *douce-amère*, a été donnée par lui selon la formule suivante :

℞ Lichen d'Islande.......	àà 90 gram.	Réglisse.................	24 gram.
Racine de polygala.....		Douce-amère.............	12 gram.

Faites-en bouillir le tiers dans du lait. A prendre dans la journée.

Les *sueurs* colliquatives, qui affaiblissent si rapidement les phthisiques et qui leur sont souvent si désagréables, ont nécessairement attiré l'attention des médecins. Parmi les substances qui ont été le plus préconisées comme propres à les arrêter, il faut distinguer l'*agaric blanc* et l'*acétate de plomb*. Le premier de ces deux médicaments a été particulièrement vanté par M. Bisson, qui a cité quelques observations en sa faveur (1). M. Philippe (2) a également observé des cas où les sueurs se sont arrêtées très peu de temps après l'administration de l'agaric blanc : enfin M. Dor, qui a fait des expériences dans le but d'apprécier la valeur des diverses substances préconisées, a noté les mêmes effets. Suivant M. Bisson, ce médicament doit être employé à la dose de 20, 30, 40 ou 50 centigrammes en pilules. Dans les cas où il existe une diarrhée abondante, il faut s'en abstenir, attendu qu'il est purgatif; mais lorsque la diarrhée est légère, on peut encore l'administrer, en ayant soin de l'associer à l'opium.

L'*acétate de plomb* a été plus fréquemment prescrit; mais, suivant M. Dor, il réussit beaucoup moins bien. J'indiquerai la dose dans les ordonnances. Enfin, le docteur Nasse affirme qu'il a arrêté les sueurs abondantes de la troisième période à l'aide de *frictions faites avec de l'huile sur toutes les parties du corps*. Tous les praticiens savent trop combien il est difficile d'arrêter ces sueurs, dans le plus grand nombre des cas, pour qu'il soit nécessaire de leur rappeler que la plupart des assertions précédentes ne sont pas appuyées sur un nombre suffisant de faits bien observés.

On a dû, avec bien plus de raison encore, chercher des moyens propres à arrêter la *diarrhée colliquative*, qui plonge si rapidement les malades dans le marasme. Les moyens les plus ordinaires pour y parvenir sont les opiacés, et principalement le *laudanum* administré en lavement. Mais comme ces moyens restent fort souvent

(1) *Mémoire sur l'emploi de l'agaric blanc contre les sueurs dans la phthisie*; Paris, 1832. in-8.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV,

sans effet contre les diarrhées abondantes de la dernière période, on en a cherché de plus efficaces. Le *nitrate d'argent*, déjà proposé contre les sueurs, a été vanté par M. Robert Thomas comme propre à arrêter la diarrhée colliquative; il l'administre à la dose de 0,004 à 0,005 grammes, trois fois par jour. Je ne connais aucun fait qui démontre positivement l'efficacité de ce moyen. M. Graves a également employé (1) ce remède et lui donne de grands éloges, parce qu'il réussit, dit-il, à arrêter la diarrhée sans faire reparaître des sueurs abondantes. C'est à l'observation à nous démontrer la valeur de cette assertion.

M. Devergie (2) conseille l'*acétate de plomb décomposé par le carbonate de soude* ainsi qu'il suit :

Faites dissoudre séparément 0,10 gram. d'acétate de plomb neutre et 0,05 gram. de carbonate de soude, dans une petite quantité d'eau.

Ajoutez ces deux dissolutions à 60 à 90 gram. de décoction de graine de lin, contenant :

Laudanum de Sydenham.............................. 4 gouttes.

Donner immédiatement matin et soir.

Le carbonate peut être porté à 12 centigr. 1/2 et l'acétate à 25 centigr.

Remarquons que ce moyen n'est pas simple, car avec l'acétate de plomb décomposé, on donne le laudanum, qui pourrait bien avoir la plus grande part d'action contre la diarrhée.

Je n'indiquerai point ici les autres moyens opposés ordinairement à la diarrhée, parce que j'aurai occasion d'y revenir ailleurs. Je répète seulement que souvent, quoi qu'on fasse, cette diarrhée persiste : c'est lorsque des ulcérations plus ou moins étendues occupent les intestins.

Enfin, dans les cas où le mouvement fébrile prend un type intermittent plus ou moins marqué, on emploie souvent avec succès le traitement antipériodique. A ce sujet, je dois dire que le *sulfate de quinine*, à la dose de 0,03 à 0,05 grammes toutes les deux heures, comme le veut M. Amelung (3), ou bien à la dose de 0,15 grammes avec addition de 0,03 grammes de digitale quatre fois par jour, comme le prescrit M. Gunther, a été recommandé comme pouvant produire la guérison de la phthisie. Il est fort probable qu'une amélioration marquée, due à la suspension des accès fébriles, a fait croire à ces auteurs que la guérison était radicale. Il arrive assez souvent qu'après avoir suspendu des accès de fièvre quotidienne qui ne tardent pas à se reproduire, le sulfate de quinine, administré de nouveau, n'a plus aucun effet : on voit alors combien il est inefficace contre la phthisie elle-même.

Régime. Mis en usage soit pour venir en aide à un traitement prétendu radical, soit concurremment avec des moyens palliatifs, soit seul enfin et comme mode particulier de traitement, le régime a beaucoup occupé les médecins. Dans les siècles précédents, le régime lacté était regardé comme très efficace ; on y soumettait presque exclusivement les malades. Le *lait d'ânesse*, pris matin et soir, était surtout fort recommandé. Aujourd'hui, sans exclure, tant s'en faut, le lait du régime

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. I, p. 580.
(2) Voy. *Journ. de méd. et de chir. prat.* — 1836, p. 508.
(3) *Hufeland Journ.*, août 1831.

des phthisiques, on pense généralement qu'il ne faut pas en abuser, et que les aliments de facile digestion, pris dans le règne animal ou végétal, doivent être prescrits tant que l'estomac ne les repousse pas. Dans ces derniers temps, et M. Roche en particulier a émis formellement cette idée (1), on a pensé qu'il serait bien plus utile de prescrire aux phthisiques, dont le sang est appauvri, une nourriture substantielle, l'usage d'un vin généreux, quelques préparations toniques, que ce régime débilitant auquel on a l'habitude de les soumettre. Ces conseils, qu'il ne faut pas toujours prendre au pied de la lettre, car nous savons aussi combien une excitation, légère pour un autre, peut avoir de graves résultats chez un phthisique, peuvent être suivis dans les premiers temps de la maladie, lorsque l'intégrité du tube intestinal existe encore, et lorsqu'un mouvement fébrile, même léger, ne s'est point produit. Dans le cas contraire, un régime doux, peu nourrissant, est le seul qui doive être recommandé.

Je ne parlerai pas ici du traitement de la méningite tuberculeuse, de la pneumonie chronique, de la phthisie laryngée, etc., survenues dans le cours de la phthisie, parce qu'une place particulière est réservée dans cet ouvrage à chacune de ces affections.

Avant de passer aux *moyens prophylactiques*, je vais faire connaître quelques traitements composés d'un plus ou moins grand nombre des moyens exposés plus haut, et mis en usage par les principaux auteurs qui se sont occupés de cette maladie. Morton (2) divisait son traitement en trois parties distinctes suivant les trois degrés qu'il admettait dans la maladie, et voici comment il procédait :

TRAITEMENT DE MORTON.

Première époque. Une saignée du bras de 180, 210, 240, 300 grammes, répétée à des intervalles convenables, suivant la force du sujet et l'intensité des symptômes.

Après la saignée, surtout s'il y a embarras gastrique, un émétique : répéter le vomitif tous les trois ou quatre jours, à quatre ou cinq reprises. Le moment le plus favorable pour l'administration du vomitif est un peu avant le soir.

Après le vomitif, un opiat suivant des formules très différentes ; dans les principales, il entre du laudanum liquide et de la thériaque.

Pour débarrasser le malade de ses saburres, un cathartique, principalement composé de manne et d'huile d'amandes douces.

Les diaphorétiques, les vésicatoires aux bras et entre les épaules, un grand nombre de médicaments dits thoraciques et pulmonaires, un régime sévère et le repos du corps et de l'esprit, viennent compléter le traitement de cette première époque, dans laquelle Morton croit avoir guéri un grand nombre de malades. Les partisans les plus exclusifs des anciens ne se croiront sans doute pas obligés de regarder les assertions de Morton comme l'expression d'une vérité démontrée ; les erreurs de diagnostic, à une époque aussi peu éloignée du début de la maladie, ont dû être nécessairement très nombreuses, et les résultats thérapeutiques trompeurs, par conséquent. L'absence de toute observation ne nous permet pas de juger autrement cet auteur.

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. PHTHISIE.
(2) *Op. omn.*, t. I, p. 58 ; Lugd., 1737.

Deuxième époque. N'employer la saignée que dans le cas de complication péripneumonique ; prescrire les pectoraux et les altérants, et surtout l'usage prolongé des balsamiques. Contre la diarrhée, employer les astringents et les narcotiques ; contre la chaleur hectique, la diète lactée ; s'il y a des accidents gastriques, prescrire le lait d'ânesse, etc.

Troisième époque. Les principaux médicaments, dans ce degré de la phthisie, sont les altérants, les expectorants, les balsamiques, et toujours les cordiaux, à cause de la prostration des forces. Le quinquina doit être employé lorsque la fièvre prend un caractère putride ; cependant Morton affirme qu'il n'a jamais vu le quinquina réussir dans la fièvre intermittente des phthisiques de la même manière que dans une fièvre intermittente ordinaire.

J'ai cité ce traitement, qui est présenté, dans l'ouvrage de l'auteur, avec les plus grands détails et avec une immense quantité de formules, parce qu'il appartient au médecin qui, dans le siècle dernier, a le plus particulièrement étudié la phthisie. Un bon nombre des moyens qu'il employait sont, ainsi que nous le voyons tous les jours, utiles contre les symptômes ; mais ils ne guérissent pas la phthisie, comme il le croyait.

Fr. Hoffmann (1) a exposé avec beaucoup de soin le traitement de la phthisie tel qu'il était à son époque. En voici la substance :

TRAITEMENT DE FR. HOFFMANN.

Le lait, recommandé déjà par Hippocrate, et plus tard par Galien (2), doit être prescrit dans tout le cours de la maladie. Le petit-lait a aussi de très grands avantages. Le lait d'ânesse et le lait de chèvre doivent être placés au premier rang ; on peut les rendre plus efficaces encore en faisant manger à ces animaux des plantes médicamenteuses, telles que les ronces, le cytise, la scabieuse, la véronique, etc. On peut leur donner une vertu médicamenteuse plus puissante encore en les unissant à d'autres médicaments, et en particulier aux infusions et aux décoctions des plantes dites vulnéraires et pectorales : le tussilage, le plantain aigu, la scabieuse, l'aigremoine, le lierre terrestre, etc., etc. Enfin, on peut faire servir le lait de véhicule à presque tous les autres médicaments qu'on emploie contre la phthisie, et que le plus souvent on donne séparément.

Les laxatifs sont employés dans les premiers temps de la maladie ; les opiacés et les diurétiques viennent ensuite ; puis les balsamiques, les poudres tempérantes qui doivent être également administrées dans le lait. Voici la formule d'une de ces poudres :

♃ Nacre de perles.......	ãã 8 gram.	Nitrate de potasse........	4 gram.
Yeux d'écrevisses.....		Huile distillée de macis....	4 gouttes.

Mêlez. A prendre à la dose de 4 grammes.

Pour calmer la violence des symptômes, prescrire des bains d'eau douce avec une suffisante quantité de lait de vache et de sulfate de potasse.

Le traitement préservatif consiste à employer la saignée contre l'hémoptysie ;

(1) *Op. omn., De affect. phth.; curat.*; Gen. 1761, t. III, p. 189.
(2) *Meth. medendi*, lib. V, cap. XII.

les tempérants, les laxatifs, contre une trop grande excitation; et enfin le fameux régime de Celse, que je ferai connaître un peu plus loin.

On voit que ce traitement de Fr. Hoffmann ne présente rien de bien particulier. L'ensemble de ces moyens aurait-il une grande efficacité? C'est ce qu'il est impossible de dire; car, dans les observations fournies par Fr. Hoffmann, on ne trouve pas des éléments suffisants pour un diagnostic positif, et la solidité de la guérison n'est pas démontrée.

Je ne citerai pas d'autre traitement d'auteurs anciens, parce qu'ils n'ajouteraient rien d'important à ce que je viens de dire. Je vais présenter celui du docteur Robert Thomas, qui a réuni les principaux moyens employés en Angleterre.

TRAITEMENT DU DOCTEUR ROBERT THOMAS.

La saignée sera employée au début de la phthisie, quand l'oppression et les douleurs de poitrine seront considérables. Le lait, et principalement le lait d'ânesse, doit être donné en grande quantité; s'il a un effet purgatif, on y mêlera une certaine dose d'eau de chaux. Le lait de femme a une vertu curative plus grande encore.

Pour empêcher les tubercules de s'enflammer, les amender ou même les faire disparaître complétement, on doit prescrire une solution d'*hydrochlorate de chaux*, en commençant par *quatre grammes* chaque jour, et augmentant graduellement la dose. L'inspiration des vapeurs de l'*éther sulfurique;* l'habitation dans un lieu communiquant avec une étable à vaches; l'usage de la *digitale pourprée*, sont encore des moyens très utiles dans cette période. Ce dernier médicament surtout est employé avec beaucoup d'avantages; une des préparations les plus simples est l'infusion faite ainsi qu'il suit:

♃ Feuilles de digitale pourprée sèches...... 4 gram.

Faites infuser dans:

Eau bouillante.................... .. 250 gram.

A prendre à la dose de 15 grammes.

L'hydrochlorate de baryte, l'hydriodate de potasse, l'émétique, le sulfate de cuivre, les expectorants, et presque tous les autres remèdes que j'ai signalés plus haut, sont ensuite indiqués par le docteur Robert Thomas.

Dans la période d'ulcération, les balsamiques tiennent le premier rang, et, suivant M. Thomas, le copahu peut être administré à la dose de 20 à 30 gouttes; mais la myrrhe est le médicament sur lequel on doit le plus compter; j'ai donné plus haut la formule (*voy.*, p. 503).

Contre les sueurs, le médicament employé de préférence par M. Thomas est une infusion de roses avec une quantité d'acide sulfurique suffisante pour lui donner un degré agréable d'acidité.

Quant à l'influence du climat, M. Thomas émet cette singulière opinion, que le passage d'un pays froid dans un pays chaud est utile dans le premier degré de la phthisie, et qu'il est nuisible, au contraire, dans la période d'ulcération.

On voit que, malgré les prétentions de bien des auteurs, le traitement de la phthisie n'a pas fait de grands progrès, puisque des remèdes si différents sont pla-

cés sur la même ligne par les auteurs qui ont dû rechercher avec le plus de soin quels étaient les plus efficaces.

M. Stokes a tracé avec soin la marche à suivre dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; la voici :

TRAITEMENT DU DOCTEUR WILLIAMS STOKES.

Garder la chambre, défendre tout exercice du poumon. Une seule saignée du bras, si le sujet est robuste et le pouls fiévreux ; sangsues appliquées en petit nombre alternativement aux régions sous-claviculaires et axillaires du côté affecté : répéter fréquemment cette saignée locale ; quelquefois on pourra placer des ventouses sur les piqûres. Entretenir la liberté du ventre ; régime principalement composé de laitage, de substances farineuses et de légumes légers.

Par ce traitement, dit M. Stokes, le râle disparaît ordinairement, la force du murmure vésiculaire augmente, la matité diminue, et tous les symptômes s'amendent. On fait alors usage des moyens suivants :

Appliquez environ tous les trois jours, sous la clavicule et sur le bord du scapulum, un vésicatoire de 4 ou 5 centimètres de diamètre ; continuez l'emploi de ce moyen pendant plusieurs semaines, puis vous pourrez le convertir en un cautère superficiel, en plaçant à sa surface un disque de feutre et un mélange d'onguent mercuriel et d'onguent de sabine.

On calmera la toux à l'aide de la potion suivante :

℞ Mucilage arabique........	90 gram.	Eau de laurier-cerise. de 2 à 4	gram.
Sirop de limon..........	15 gram.	Acétate de morphine.....	0,05 gram.
Eau pure...............	75 gram.		

Dès que le cautère est établi, frictions avec un liniment térébenthiné, dont voici la formule suivant le docteur Cless, de Stuttgardt (1).

℞ Huile de térébenthine.....	90 gram.	Huile volatile de limon....	4 gram.
Acide acétique............	15 gram.	Jaune d'œuf.............	n° 1
Hydrolat de roses.........	75 gram.		

Triturez le jaune d'œuf avec l'huile de térébenthine et de limon ; ajoutez ensuite peu à peu l'acide acétique et l'hydrolat.

Suivant M. Stokes, ce médicament, si facile à mettre en usage, a une très grande efficacité ; mais malheureusement ce n'est là qu'une assertion.

Faire ensuite les fumigations suivantes :

℞ Eau bouillante........	400 gram.	Dissolvez-y : Extrait de ciguë. 0,75 à 1 gram.

Faites aspirer la vapeur qui s'élève de cette solution.

Le *traitement mercuriel*, employé aussi par les docteurs Graves et Marsh, a, suivant M. Stokes, réussi dans plusieurs cas de phthisie commençante ; mais les observations présentées par cet auteur manquent des détails nécessaires pour nous faire apprécier la valeur de ce traitement.

M. Cheneaux, qui s'est beaucoup occupé de la nature de la maladie, et M. Fournet, qui admet comme causes les principales circonstances dans lesquelles

(1) *Würt. med. corr. Blatt.*, t. XI, n° 11.

les malades se trouvent placés, ont tous les deux un traitement composé d'un très grand nombre de moyens, car la plupart de ceux qui ont été précédemment indiqués s'y trouvent compris. Le premier accorde beaucoup de confiance à l'*aconit*, qui agit, selon lui, avec avantage, sur le système nerveux primitivement altéré chez les phthisiques. Les moyens proposés par ces deux auteurs ont, pour la plupart, des avantages, mais au titre que nous leur avons reconnu, c'est-à-dire comme palliatifs; un plus haut degré d'efficacité n'est point prouvé.

On voit, d'après ce qui précède, qu'on en est presque toujours réduit à faire la médecine des symptômes, et qu'en définitive des moyens à peu près semblables sont mis en usage par les différents auteurs : il n'en serait assurément pas ainsi si quelqu'un d'entre eux avait trouvé un remède d'une efficacité incontestable.

Régime. C'est ici le lieu d'exposer le régime indiqué par Celse (1), et qui a été recommandé, avec quelques modifications, par la plupart des médecins venus après lui :

RÉGIME DE CELSE.

Si les forces sont abattues, entreprendre une longue navigation, changer de climat, de telle sorte qu'on se trouve dans un air plus dense que celui que l'on quitte. Si l'on ne peut naviguer, faire un exercice passif, soit en litière, soit d'une autre manière. Abandonner les affaires et mettre de côté tout ce qui peut porter de l'inquiétude dans l'esprit. Se livrer au sommeil aussi longtemps que possible. Éviter les rhumes, et, pour cela, fuir en même temps et le soleil et le froid, se couvrir la bouche : employer contre les plus légères toux les remèdes appropriés : faire usage de boissons aqueuses et de laitage.

A l'époque où Celse écrivait, on ordonnait aux malades de l'Italie un voyage à Alexandrie; en France, et par des raisons analogues, nous prescrivons à nos malades le voyage d'Italie. Nice est la ville où on les envoie de préférence. M. Barth (2) a démontré que, sans sortir de France, on trouvait à Hyères les meilleures conditions climatériques qu'on puisse désirer.

Il y a peu de chose à ajouter à ce qui a été recommandé par Celse : l'abstinence des boissons alcooliques, trop excitantes, et de tous les excès qui peuvent porter la perturbation dans l'organisme, voilà ce qui complète le régime à suivre et les précautions générales à prendre dans le traitement de la phthisie.

Traitement préservatif. Si, comme ne le prouve que trop tout ce que nous avons dit plus haut sur l'inefficacité des médicaments les plus vantés, le traitement de la phthisie pulmonaire est resté jusqu'à présent sans succès, nous est-il du moins permis d'espérer que, dans un cas donné, on peut étouffer le germe de la maladie, ou, en d'autres termes, employer avec quelques chances de réussite un traitement préservatif? Rien n'est plus difficile que de répondre à cette question. Il n'y a aucun exemple qui prouve incontestablement qu'on soit parvenu à changer la constitution d'un individu prédisposé à la phthisie, et il est difficile de penser qu'on parvienne jamais à s'assurer d'un pareil fait. Cela n'a pas empêché les auteurs d'indiquer un traitement préservatif détaillé; mais on est bientôt convaincu

(1) Lib. III, cap. XXII.

(2) *Notice sur le climat d'Hyères* dans *Archives de médecine*, 3e série, t. XIII, p. 161. — E. Carrière, *Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical;* Paris, 1849, p. 51[illegible].

que les moyens dont ils font usage sont absolument les mêmes que ceux qu'ils prescrivent dans la première période de la maladie. Ce sont donc ces moyens qu'on devra employer chez les sujets d'une constitution délicate, présentant des signes de scrofules, nés de parents phthisiques ou scrofuleux, et ayant eu une ou plusieurs hémoptysies. Le régime indiqué plus haut, un exercice convenable, le passage dans un climat plus tempéré, sont les meilleurs moyens à mettre en usage. Si le régime fortifiant, recommandé par M. Roche, peut avoir quelque succès, c'est en pareil cas. Quelques auteurs ont pensé qu'il serait bon, pour fortifier la constitution, d'habituer les sujets aux intempéries de l'air et aux travaux pénibles; mais cette pratique pourrait avoir de très grands inconvénients, car nous avons vu que les phlegmasies qui se développent en pareilles circonstances hâtent souvent la marche d'une phthisie commençante. Au reste, on ne pourra se prononcer sur la valeur de ces moyens préservatifs qu'après avoir fait de très nombreuses observations; car si l'on n'apporte en preuve que quelques faits isolés, on conçoit qu'il restera toujours cette question : Le sujet était-il réellement prédisposé aux tubercules ?

Dans le cas où un enfant naîtrait d'une mère évidemment phthisique, on ne permettrait pas à celle-ci de le nourrir, et on le confierait à une nourrice fortement constituée.

Résumé ; ordonnances. En résumé, le traitement de la phthisie pulmonaire consiste : 1° dans un grand nombre de moyens vantés comme procurant la guérison de la maladie, et dont nous n'avons pas pu, en étudiant attentivement les faits, reconnaître l'efficacité; 2° dans quelques autres, tels que les émollients, les narcotiques, etc., dont l'utilité est démontrée, mais qui ne s'adressent qu'à quelques symptômes, et qui sont impuissants pour arrêter la marche toujours croissante de la maladie. Quant au traitement qui, suivant plusieurs auteurs, doit préserver les sujets prédisposés, il n'est fondé que sur des conjectures. Traçons maintenant, dans un petit nombre d'ordonnances, la conduite à suivre dans les principaux cas.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PEU AVANCÉE, AVEC TOUX ET OPPRESSION CONSIDÉRABLES.

1° Pour tisane :

℞ Fleurs de tussilage....... 4 gram. | Eau.................. 1 kilog.

Faites infuser pendant un quart d'heure.

Édulcorez avec sirop de capillaire........................ 30 gram.

2° Tous les soirs une pilule de 0,03 à 0,05 grammes d'extrait thébaïque.

3° Appliquer sur le sternum et entre les deux épaules, s'il existe quelques douleurs, un emplâtre de poix de Bourgogne ou de diachylon.

4° Régime doux et léger: laitage, œufs, poisson, viandes blanches; s'abstenir de vin pur et de liqueurs fortes; exercice modéré; éviter toute cause de refroidissement, porter de la flanelle sur la peau.

IIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE COMPLIQUÉE D'UNE PHLEGMASIE INTERCURRENTE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs de mauve et de capillaire, édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Saignée de 200 à 300 grammes, qu'on répétera s'il est nécessaire, mais avec beaucoup de réserve, ou bien 10 à 12 sangsues sur les parois de la poitrine; chez les enfants, 2 à 6 sangsues, suivant l'âge.

3° ♃ Tartre stibié........	0,10 gram.	Sirop diacode..........	10 gram.
Eau de fleurs d'oranger	100 gram.	Sirop simple..........	25 gram.

A prendre par cuillerées de deux en deux heures.

4° Diète, repos au lit.

IIIe Ordonnance.

PHTHISIE A LA SECONDE PÉRIODE, AVEC SUEURS ABONDANTES.

1° Pour tisane :

Seconde décoction de lichen d'Islande, édulcorée avec parties égales de sirop scillitique et de sirop simple.

2° ♃ Acétate de plomb.. / Opium...........	àà 0,50 gram.	Sucre.................	2 gram.

Divisez en 20 paquets. A prendre un le matin et un le soir.

Ou bien, administrez l'agaric blanc ainsi qu'il suit :

♃ Agaric blanc en poudre...	2 gram.	Sucre blanc pulvérisé.......	4 gram.

Divisez en 10 paquets, dont on prendra de 2 à 8 ou 10 par jour. On devra s'arrêter, si le médicament provoque des selles trop abondantes.

3° Maintenir le malade dans une température douce; éviter les mouvements qui pourraient le fatiguer ou accélérer la respiration.

4° Régime, *ut suprà.*

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE AVEC DIARRHÉE COLLIQUATIVE.

1° Pour boisson, eau de riz édulcorée avec le sirop de coing.

2° Matin et soir, un lavement avec une décoction de graine de lin et 10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham. Chez les enfants, la dose de laudanum sera de 2 à 6 gouttes, suivant l'âge.

3° ♃ Infusion de roses rouges.	130 gram.	Sirop de coing.........	35 gram.
Teinture de cachou.....	5 gram.		

A prendre par cuillerées dans la journée; on pourra remplacer cette potion par 60 à 80 grammes de décoction blanche de Sydenham.

4° Diète; ne permettre, lorsque la diarrhée est médiocrement abondante, qu'un ou deux potages au riz par jour.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances, auxquelles on peut très facilement en

ajouter beaucoup d'autres à l'aide des détails donnés plus haut. Ainsi je n'en présenterai point pour le traitement de la phthisie avec redoublement fébrile périodique, ou avec hémoptysie, parce que ces traitements sont les mêmes que ceux des fièvres intermittentes et de l'hémorrhagie pulmonaire; je n'en donnerai point non plus pour le traitement curatif, puisque chacun des moyens préconisés par les auteurs a été exposé et apprécié.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement curatif. Antiphlogistiques; chlore; iode; goudron; créosote; balsamiques; préparations sulfureuses; proto-iodure de fer; digitale; vomitifs; sels alcalins; hydrochlorate de chaux; narcotiques; fenouil d'eau; phellandrie; huile de foie de morue; nitrate d'argent; acétate de plomb; charbon; séton; cautères; moyens mécaniques; climat.

Traitement palliatif. Antiphlogistiques; émollients; narcotiques; emplâtres sur les parois de la poitrine; traitement de l'hémoptysie; expectorants; acétate de plomb; agaric blanc; nitrate d'argent (contre la diarrhée); sulfate de quinine; digitale; régime lacté.

Traitement prophylactique. Régime; donner l'enfant d'une mère phthisique à une nourrice saine; habitation à la campagne, etc.

CHAPITRE VI.

MALADIES DES PLÈVRES.

L'étude des affections des plèvres, comme celle des maladies des bronches et du parenchyme pulmonaire, a fait, dans ces dernières années, d'immenses progrès. C'est un fait qui n'est aujourd'hui contesté par personne, et si je le signale ici, c'est uniquement pour expliquer comment, dans le cours des articles qui vont suivre, on ne trouvera, relativement aux symptômes et au diagnostic de ces maladies, qu'un petit nombre de renseignements empruntés aux auteurs des siècles précédents. N'ayant pas les moyens nécessaires pour étudier convenablement ces maladies, ils nous ont laissé des documents trop imparfaits pour être d'une utilité réelle dans la pratique.

Les maladies des plèvres ont été diversement envisagées, même dans ces derniers temps. Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* ont, sous le nom d'*hydrothorax*, réuni des épanchements de nature très diverse, et traité à peu près de toutes les maladies de la plèvre. La raison principale qu'ils ont fait valoir en faveur de cette opinion est que, dans la même maladie, un épanchement peut être séreux à une certaine époque, et constituer l'hydrothorax; tandis que plus tard il devient purulent, et constitue un empyème. Ils admettent bien qu'il serait important de

distinguer l'épanchement produit par la sérosité de ceux qui sont formés de pus ou de sang; mais comme cette distinction ne leur paraît point possible pendant la vie, ils finissent par la rejeter; de sorte qu'en définitive, l'hydrothorax est pour eux *tout épanchement morbide et assez abondant d'un liquide limpide, sanguinolent ou séro-purulent, formé pendant la vie, et primitivement, dans les deux cavités pleurales ou dans l'une d'entre elles.* Or, comme l'hydrothorax, ainsi conçu, comprend l'épanchement produit par la pleurésie, soit aiguë, soit chronique, et par la simple hydropisie des plèvres, il en résulte, suivant les auteurs que je viens de citer, que l'hydrothorax appartient à chacune de ces maladies.

Cette manière de voir a, au premier abord, certains avantages pratiques, et je m'empresserais de l'adopter, si d'autres raisons de la même nature, et plus fortes, selon moi, ne venaient s'y opposer. Il est certain que, dans les principales maladies de la plèvre, la sérosité, du moins à certaines époques, peut constituer seule l'épanchement; il n'est pas moins vrai que le diagnostic devient très difficile dans beaucoup de cas, lorsqu'il s'agit de déterminer positivement s'il existe, dans la cavité pleurale, du sang, un liquide purulent, ou simplement de la sérosité; mais il est également hors de doute que, dans des cas bien authentiques, la nature de l'épanchement peut être déterminée, et que l'on a pu établir des différences extrêmement marquées, dans certains cas, entre une accumulation de liquide produite par l'inflammation aiguë ou chronique des plèvres, et une simple exhalation de sérosité. Au reste, la difficulté du diagnostic n'est point un motif suffisant pour confondre entre elles des altérations dues à des affections d'ailleurs très différentes. Enfin, et c'est là le motif le plus puissant, il n'est pas indifférent, pour le mode de traitement qu'on veut employer, d'établir une distinction complète entre les divers épanchements de la plèvre, suivant leur nature. Si l'on ne peut le faire que dans un nombre limité de cas, ne rejetons pas du moins, pour ces cas, cette utile distinction.

Je suivrai donc la division naturelle qui a été admise par la grande majorité des auteurs depuis que les maladies des plèvres et du poumon ne sont plus confondues, et surtout depuis que l'auscultation, la percussion et l'exploration plus attentive de la poitrine sont venues donner un plus haut degré de précision au diagnostic naturellement incertain de nos prédécesseurs.

Après avoir décrit le *pneumothorax*, qui, dans la grande majorité des cas, rattache les maladies de la plèvre à celles du parenchyme pulmonaire, je dirai un mot de l'*épanchement de sang dans les plèvres*; puis je décrirai successivement la *pleurésie aiguë simple*, la *pleurésie chronique* et l'*hydrothorax*. Quant aux diverses *dégénérescences de la plèvre*, aux *productions accidentelles* qui peuvent s'y montrer, à la *gangrène*, les faits de ce genre sont si rares, et si peu importants pour le praticien, qu'il suffit d'en mentionner l'existence.

ARTICLE I.

PNEUMOTHORAX.

Le pneumothorax n'est presque jamais une affection primitive; car, en admettant avec quelques auteurs, et notamment avec Laënnec, l'existence d'un pneumo-

thorax sans lésion organique, et par suite d'une simple exhalation de gaz à la surface de la plèvre, on doit du moins regarder les cas de ce genre comme excessivement rares. Il s'ensuit donc que cette maladie est généralement une terminaison d'une affection antérieure, et que, sous ce rapport, elle semble ne point mériter une description particulière. Mais, comme on le verra plus loin, l'épanchement d'air dans les plèvres est produit par des causes organiques différentes ; il a des symptômes qui lui sont propres, et il présente des particularités très importantes sous le rapport du diagnostic : ce sont autant de motifs de l'étudier avec soin.

Le pneumothorax n'est bien connu que depuis Laënnec. Il suffit de lire les réflexions que fait Morgagni (1) sur quelques cas où la *succussion hippocratique* avait produit la fluctuation thoracique, pour voir combien étaient vagues les idées des anciens sur les causes et la nature de cette maladie.

Itard (2) poussa beaucoup plus loin les recherches sur les épanchements d'air dans la plèvre, et déjà Bayle avait recueilli une observation dans laquelle la présence de l'air dans cette cavité séreuse avait été constatée ; mais ce n'était encore là qu'un rudiment de l'histoire du pneumothorax, comme on peut s'en assurer en lisant ce que dit Itard relativement à la cause déterminante : « On la trouve, dit-il, dans la fonte colliquative du poumon, par suite d'une suppuration sourde et le repos prolongé du pus dans une cavité sans ouverture, d'où suit l'absorption de ce liquide stagnant et sa décomposition en fluide aériforme. »

Ces citations font voir où en était la science lorsque Laënnec publia ses recherches. Depuis lors, un nombre assez considérable de faits ont été publiés par divers auteurs, et l'on peut en réunir une quantité suffisante pour tracer une description complète de cette maladie.

Déjà M. Saussier (3), rassemblant à peu près tous les faits connus de pneumothorax, a jeté un intérêt nouveau sur les points les plus importants de son histoire. J'emprunterai à son mémoire plusieurs renseignements précieux. Cet auteur a divisé l'affection en un grand nombre de variétés, suivant qu'elle est produite par tel ou tel état des organes respiratoires : je n'indiquerai pas ici cette division très détaillée, me réservant de la rappeler à l'occasion des causes.

§ I. — Définition ; espèces ; synonymie ; fréquence.

Le pneumothorax est l'accumulation de l'air dans la cavité de la plèvre, quelle qu'en soit la cause. Dans un bon nombre de cas, il existe un épanchement liquide en même temps que cette accumulation de gaz ; on désigne alors la maladie sous le nom de *pneumo-hydrothorax*.

Le mot *congestion gazeuse dans les plèvres* est à peu près le seul qu'on ait donné comme synonyme de pneumothorax, depuis que la maladie est bien connue.

Si l'on compare la *fréquence* du pneumothorax à celle des maladies qui lui donnent lieu, on peut dire qu'elle n'est pas grande. M. Louis, qui a, comme on sait, étudié la phthisie chez un si grand nombre de sujets, n'a trouvé que 8 cas qui lui

(1) *De caus. et sed. morb.*, t. V, epist. XVI, p. 39 et seq.
(2) *Dissert. sur le pneumothorax* ; Paris, 1803.
(3) *Rech. sur le pneumothorax*, etc. ; Thèses, Paris, 1841.

aient fourni des exemples de cet accident. Laënnec n'en a recueilli également que quelques observations. Néanmoins il existe dans les recueils de médecine un assez grand nombre de cas d'épanchement d'air dans les plèvres, puisque M. Saussier a pu en rassembler 160 observations. Mais comme le pneumothorax a, dans ces dernières années, fixé fortement l'attention des observateurs, et qu'on a recueilli avec soin presque tous les cas qui se sont présentés, cette multiplicité de faits ne prouve pas réellement que la maladie soit fréquente.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On ne connaît point de causes prédisposantes du pneumothorax. Chez les phthisiques qui présentent le plus souvent cet accident, tout dépend de la position des tubercules à la surface du poumon. Cependant M. Louis, n'ayant observé le pneumothorax que chez des sujets dont la maladie avait duré de six à seize mois, et qui avaient de vingt-quatre à quarante-cinq ans, s'est demandé si la perforation du parenchyme pulmonaire pouvait avoir lieu dans la phthisie très chronique et chez les vieillards. J'ai réuni 30 observations dans le but d'éclairer cette question, et le résultat a été absolument semblable à celui qu'a obtenu M. Louis.

M. le docteur Lees (1) a vu un pneumothorax dû à la perforation d'une caverne tuberculeuse chez un *enfant de deux ans*.

2° Causes occasionnelles.

La *rupture d'un foyer tuberculeux* dans la cavité de la plèvre est, sans contredit, la cause la plus fréquente du pneumothorax. Des 30 observations dont j'ai parlé, 24 ont été prises chez des phthisiques, et, sur ce nombre, il n'est qu'un cas rapporté par Laënnec (2) où l'on n'ait pas trouvé de solution de continuité à la surface du poumon. Dans les recherches de M. Saussier, la proportion a été un peu moindre, puisque, sur 141 cas de pneumothorax non traumatique, 81 seulement ont, d'une manière incontestable, été trouvés chez les phthisiques ; mais, 1° nous verrons plus loin les doutes qui s'élèvent relativement au pneumothorax produit sans perforation du poumon, et 2° dans les cas où l'on a pas indiqué l'existence de la phthisie, quatre fois la maladie n'est point notée. On se demande même si la grande difficulté qu'on éprouve, dans certains cas, à examiner attentivement l'état des parties malades, n'aurait pas fait souvent passer inaperçue une fistule très petite et perdue dans les fausses membranes. On est d'autant plus autorisé à faire ces réflexions, que M. Bricheteau a cité un cas (3) dans lequel une dissection attentive a pu seule faire reconnaître la trace d'une fistule complétement oblitérée par une fausse membrane dense.

Après la rupture d'un tubercule, la production d'un gaz, soit *par la plèvre* plus ou moins altérée, soit par *la décomposition du liquide pleurétique ou sanguin*, soit enfin par la *perforation du poumon* déterminée par le liquide pleurétique, est la cause qui, d'après les recherches de M. Saussier, serait la plus fréquente. Il a

(1) *Dubl. Journ. of med. sc.*, mars 1843.
(2) *Traité de l'auscultation médiate.*
(3) *Clin. méd. de l'hôpital Necker*; Paris, 1833, *Pneumothorax*, IVe observ.

trouvé, en effet, ces variétés 30 fois sur 117 cas; mais l'appréciation de cette cause est encore subordonnée à l'exactitude du diagnostic et des descriptions anatomiques.

Viennent ensuite la *gangrène du poumon* et la *rupture d'un noyau apoplectique* dans la plèvre. M. Stockes a vu un cas dans lequel la *rupture de quelques vésicules emphysémateuses* a donné lieu à un pneumothorax très caractérisé. A l'article *Emphysème*, nous avons vu combien cet accident était rare. Laënnec admet la possibilité de cette cause plutôt qu'il n'en démontre l'existence; cependant M. Saussier en cite quatre autres exemples.

Plus rarement, l'air échappé des vésicules rompues *décolle la plèvre* et s'accumule sous elle. M. Cruveilhier a observé un cas de ce genre. J'ai cité, à l'article *Emphysème*, celui qui a été rapporté par M. Bouillaud, et dans lequel l'ampoule produite par le gaz ressemblait à un estomac. Enfin M. Saussier indique quelques cas de pneumothorax par suite de rupture d'un *abcès du poumon* ou d'*hydatides* de cet organe et du foie. Il signale d'autres cas où l'accident a été occasionné par un *cancer ulcéré* du poumon, un *cancer de l'estomac*, un *abcès des ganglions bronchiques*, une *rupture de l'œsophage;* ces derniers sont extrêmement rares.

Des *coups* reçus sur la poitrine ont parfois été suivis d'une altération profonde du poumon, d'une *inflammation gangréneuse* de cet organe, et par suite du pneumothorax. Dans un cas cité par M. Stokes, une contusion de la poitrine donna lieu à une douleur locale, et au bout de quatre mois, à une tuméfaction et à la fluctuation. L'ouverture de la poitrine ayant fait écouler un liquide séreux, bientôt après on entendit l'air pénétrer à plusieurs reprises dans la plèvre par l'ouverture des parois thoraciques, et le pneumothorax se produisit. On a cité d'autres exemples de cette affection due à la *perforation des parois du thorax* et à l'introduction de l'air dans la plèvre par l'ouverture accidentelle.

Tout le monde connaît ce cas rapporté par Littre, dans lequel un *épanchement de sang* dans la cavité pleurale fut suivi d'un dégagement de gaz et de tous les signes du pneumothorax. On a expliqué ce phénomène par la décomposition du liquide.

D'autres ont admis, comme cause de la maladie dont il s'agit, la décomposition d'un autre liquide accumulé dans la plèvre : le pus, par exemple. Sans nier la possibilité du fait, je ferai remarquer que les observations citées à l'appui de cette manière de voir sont les moins exactes; et si l'on se rappelle les précautions qui sont nécessaires pour s'assurer de la non-existence d'une fistule, on verra combien il serait important d'avoir à cet égard des faits plus détaillés. C'est aussi la conclusion à laquelle est arrivé M. Hughes, qui a publié (1) des recherches fort intéressantes sur le pneumothorax.

Enfin M. Graves a cité un cas de *pleuropneumonie* où les signes du pneumothorax eurent lieu pendant six heures, et disparurent ensuite complétement (2). M. Graves explique ce fait, en admettant l'exhalation, par la plèvre enflammée, d'un gaz qui aurait été ensuite complétement résorbé. C'est certainement là un des cas les plus rares qui existent. J'en ai vu récemment un second exemple sur un aliéné. L'épanchement d'air était si considérable que le cœur battait à deux travers de doigt en dehors du bord droit du sternum. La seule différence entre ce cas et celui de

(1) *Lond. Med. Gaz.*, 1845.
(2) *Dublin Journal*, n° 16.

M. Graves est que le pneumothorax mit trois jours à se dissiper : il n'y avait pas de liquide épanché dans la cavité pleurale.

Il suit de ce qui précède que la cause principale du pneumothorax est la rupture d'un foyer tuberculeux dans la plèvre. Cette rupture, comme tous les accidents de ce genre, a lieu à la suite d'*un effort quelconque*.

§ III. — Symptômes.

Le pneumothorax présente quelques différences, suivant qu'il a eu lieu avec épanchement de liquide, ce qui est, sans aucune comparaison, le cas le plus commun, ou sans épanchement. Suivant M. Stokes (1), il faudrait admettre, d'après la forme de l'orifice externe de la fistule, deux autres espèces de pneumothorax. Dans l'une, l'orifice fistuleux, étroit, et fermé par un bord flottant semblable à une valvule, ne permet pas à l'air épanché dans la plèvre de refluer dans les bronches, tandis que dans l'autre, l'orifice, large et non oblitéré, laisse entrer et sortir l'air avec facilité. Ces deux espèces présentent, il est vrai, quelques nuances; mais la différence n'étant que du plus au moins, il serait inutile de les décrire séparément.

Je confondrai dans cette description le pneumothorax et le pneumo-hydrothorax, me bornant à y ajouter les signes qui sont propres au dernier.

Début. Le début n'a été étudié avec soin que depuis la publication du Mémoire de M. Louis. Laënnec lui-même n'a pas fixé suffisamment son attention sur lui, quoique, dans un très grand nombre de cas, il soit très remarquable. M. Louis a, en effet, noté chez tous les sujets moins un, une *douleur* qui s'est manifestée *tout à coup* dans un côté de la poitrine, et qui a été suivie promptement des autres symptômes du pneumothorax. MM. Bricheteau et Stokes ont fait la même observation sur plusieurs de leurs malades. Dans quelques cas, au contraire, les auteurs disent formellement que les signes du pneumothorax se sont manifestés graduellement. M. Hughes a même vu des cas dans lesquels l'invasion du pneumothorax n'a été révélée par aucun symptôme particulier. Cet auteur explique le fait par une profonde altération du tissu pulmonaire et des adhérences pleurétiques très étendues. On peut aussi l'expliquer, en admettant le pneumothorax sans perforation; on comprend même qu'une fistule très étroite, formée par la rupture d'un très petit tubercule, ne donne lieu qu'à des accidents légers; mais il n'est pas douteux que ces cas ne soient très rares, et il est très probable que, dans des circonstances graves, comme celles où se produit le pneumothorax, la douleur, quoique subite et assez intense, n'aura point été notée, soit qu'elle n'ait pas été accusée par le malade, soit que le médecin n'ait pas fixé son attention sur elle. Quelquefois cette douleur est si violente et si promptement suivie d'une excessive anxiété, qu'il est bien extraordinaire que les auteurs n'aient point signalé ce fait avant la publication des recherches que je viens d'indiquer.

M. Stokes (2) cite un cas dans lequel le malade sentit, au milieu d'un accès de toux, un *craquement subit* immédiatement suivi de la *sensation d'un corps qui se répandait dans la cavité thoracique*. M. Louis a observé un fait analogue. A la suite d'un accès de toux considérable, le sujet éprouva tout à coup une sensation pareille à celle d'un vent qui circulait de bas en haut. Les autres observations ne contiennent rien de semblable.

(1) *Dublin Journal*, septembre 1840.
(2) *On the disease of the chest*, p. 334.

L'existence de cette douleur tenant évidemment à la rupture de foyers tuberculeux, gangréneux, purulents, pourrait servir à faire distinguer le pneumothorax avec perforation primitive, du pneumothorax avec perforation secondaire ou sans perforation; mais le peu de précision des observations ne permet pas de se prononcer encore sur ce point, ainsi qu'on le verra bientôt.

Symptômes. La douleur si vive que nous avons vue se produire au début du pneumothorax persiste ensuite, et si d'abord elle était, comme cela a lieu ordinairement, circonscrite dans le point correspondant à la perforation, elle ne tarde pas à se répandre dans tout le côté de la poitrine affecté. Cependant, au bout d'un certain temps, elle devient plus tolérable, et diminue souvent à mesure que la dyspnée et l'oppression augmentent. Chez la femme observée par M. Louis, et dont j'ai parlé plus haut, la sensation d'un gaz circulant dans la poitrine se prolongea pendant quelque temps. L'intensité de la doulenr est variable. Chez quelques sujets, quoiqu'elle se soit produite de la même manière que dans les cas les plus violents, elle est tolérable même à son début, et seulement remarquable alors par ce début subit. Enfin M. Louis a constaté que la douleur n'était en rapport ni avec la largeur de la perforation, ni avec la quantité de la matière épanchée.

Tel est cet important symptôme; mais, quoique très fréquent, il n'est pas constant, ainsi que je l'ai déjà dit, et dans les cas où il manque, les autres symptômes qui vont être décrits acquièrent une grande valeur.

La *dyspnée* devient très rapidement considérable; elle s'accompagne d'une anxiété plus ou moins vive et d'une oppression fort pénible. Dans le plus grand nombre des cas que j'ai réunis, les malades étaient obligés de se coucher sur le côté affecté, ou très rarement et passagèrement, sur le dos. Cependant M. Stokes rapporte un cas où le sujet ne pouvait se coucher sur le côté malade. J'ai vu récemment à l'hôpital Sainte-Marguerite un cas semblable, mais seulement au début, ce qui tenait, sans aucun doute à l'intensité de la douleur. Quelques uns sont obligés de se mettre sur leur séant pour respirer, et ne peuvent se coucher sur le côté sain sans être suffoqués. Dans un cas observé par M. Bricheteau, le malade se plaignait d'avoir la poitrine comprimée *comme dans un étau.* Ce symptôme est, comme on le voit, très important; cependant il résulte encore des recherches de M. Hughes, que la dyspnée peut être très supportable, et alors il est plus difficile d'être mis sur la voie autrement que par les signes physiques.

Tels sont les symptômes principaux du pneumothorax sans épanchement. Disons maintenant un mot du *pneumo-hydrothorax*, et nous terminerons par la description des signes physiques de cette affection.

Dans le plus grand nombre des cas, peu de temps après l'apparition des symptômes qui viennent d'être indiqués, il se forme, dans le côté de la poitrine affecté, un épanchement séro-purulent plus ou moins considérable, et des fausses membranes souvent très épaisses. C'est dans des cas semblables que l'on a constaté la *fluctuation hippocratique*. pour laquelle il faut, comme on le sait, la présence, dans la cavité de la plèvre, d'une certaine quantité de liquide surmontée par un gaz. Morgagni rapporte plusieurs cas empruntés aux auteurs contemporains ou qu'il a observés lui-même, et dans lesquels, au moindre mouvement, les malades sentaient le flot du liquide et en entendaient le bruit, qui quelquefois aussi était perçu par les assistants.

Parfois on a vu, dans le cours d'un pneumo-hydrothorax, une expectoration très abondante de matière séro-purulente avoir lieu en peu d'instants, et immédiatement après, la sonorité tympanique du thorax augmenter considérablement d'étendue et occuper les points où existait auparavant une matité notable. On a naturellement expliqué ces phénomènes par le reflux du liquide dans les bronches à travers une large fistule, et son rejet au dehors avec la matière ordinaire de l'expectoration.

Ce sont là, avec quelques signes particuliers fournis par l'auscultation et la percussion, les différences qui existent entre le pneumothorax avec épanchement liquide et le pneumothorax simple ou sans épanchement : espèce qui, comme je l'ai dit, est de beaucoup la plus rare.

La *percussion* et l'*auscultation* fournissent des signes précieux pour l'étude de cette maladie. L'*inspection* de la poitrine et la *mensuration* méritent aussi d'attirer un instant notre attention. Dans le plus grand nombre des cas, on voit que le côté du thorax affecté est bombé et dilaté ; les espaces intercostaux sont effacés de telle sorte, qu'à l'œil on ne distingue pas facilement la place des côtes. Lorsque l'air est accumulé en grande quantité, la mensuration fait reconnaître, d'une manière plus précise, cette dilatation de la poitrine ; mais dans les cas peu fréquents où, comme M. Stokes en a fait la remarque, l'air entre et sort librement par l'ouverture fistuleuse, ces signes sont beaucoup moins marqués. Dans un cas rapporté par Laënnec, le côté malade était, au contraire, plus étroit ; mais cette anomalie tenait à ce que le sujet, précédemment affecté de pleurésie chronique, avait déjà un rétrécissement notable de ce côté de la poitrine. Je rappellerai ce fait à l'occasion du diagnostic. M. Hughes a vu aussi des cas dans lesquels la dilatation n'existait pas. Dans les grands efforts d'inspiration et d'expiration, les côtes du côté affecté restent immobiles.

Par la *percussion* on obtient un son beaucoup plus clair dans tous les points où s'est fait l'épanchement d'air. On sent en même temps, sous le doigt qui percute, une plus grande élasticité des parois thoraciques. Lorsque l'accumulation de l'air est très considérable, le son est véritablement *tympanique*. Il est, néanmoins, des circonstances, et c'est encore M. Hughes qui en a fait la remarque, où ce symptôme est peu tranché.

Dans les points où existe cette exagération de la sonorité, l'*auscultation* fournit les signes suivants : Diminution considérable du bruit respiratoire, ou même absence complète de la respiration ; celle-ci s'entend quelquefois d'une manière confuse ; elle paraît se faire à une distance éloignée de l'oreille ; le retentissement de la voix est très faible dans les mêmes points, et si l'on applique la main sur la poitrine au moment où le malade parle ou tousse, on ne sent pas cette vibration que le son lui communique dans l'état normal.

Un autre phénomène très remarquable est le *bourdonnement amphorique*. C'est pour l'expliquer que la distinction de M. Stokes est importante. Il faut, en effet, pour qu'il ait lieu, qu'une communication facile existe entre les bronches et la plèvre ; alors l'air entrant dans celle-ci, comme dans une vaste caverne, produit le bourdonnement amphorique avec un léger timbre métallique qui a été décrit par tous les auteurs. Il n'y a point de contestation sur la manière dont se produit le bourdonnement amphorique ; mais il s'en est élevé de très grandes relativement à la production du *tintement métallique* ; je ne crois pas, néanmoins, devoir entrer

dans cette discussion, qui est étrangère au point de vue sous lequel les maladies sont envisagées dans cet ouvrage. On trouvera des explications à cet égard dans le traité de Laënnec, dans l'ouvrage de Dance (1), dans les mémoires de MM. Beau (2), de Castelnau (3), dans les ouvrages sur l'auscultation de MM. Barth et Roger, Skoda, Walshe, etc., etc. Qu'il nous suffise de savoir que le tintement métallique appartient au pneumothorax aussi bien qu'aux vastes cavernes tuberculeuses, et que par conséquent, lorsqu'il existe, c'est entre ces deux affections que doit flotter le diagnostic.

Le pneumothorax avec épanchement de liquide présente les signes que nous venons d'indiquer; mais de plus, la présence du liquide donne lieu aux phénomènes suivants. Dans une étendue plus ou moins considérable du thorax, et toujours à la partie postérieure ou inférieure, le son est mat et l'élasticité des parois thoraciques extrêmement diminuée. Dans ce point, l'auscultation dénote ordinairement une absence plus ou moins complète de la respiration. Si l'on pratique la *succussion hippocratique*, c'est-à-dire si, saisissant la malade par les épaules, on agite le thorax en même temps qu'on applique l'oreille sur ses parois, on entend le *flot du liquide* qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, est distingué par le malade lui-même, et quelquefois, à distance par les assistants.

Quelle que soit l'espèce du pneumothorax, si la quantité d'air est très considérable, les organes voisins peuvent être refoulés; et comme le pneumothorax a lieu principalement du côté gauche, on a vu quelquefois le cœur faire sentir ses battements dans le côté droit de la poitrine; MM. Gaide (4) et Stokes en ont rapporté des exemples remarquables. C'est aussi ce que j'ai vu non seulement dans le cas cité plus haut, mais encore. avec M. le docteur Legendre, chez un jeune élève du collége Chaptal dont la maladie était toute récente et avait commencé d'une manière insidieuse, de telle sorte qu'il est plus que probable qu'il n'y avait chez lui qu'un très petit nombre de tubercules, dont l'un, très voisin de la plèvre, s'est ramolli et s'est vidé dans cette cavité.

En même temps que se manifestent ces symptômes propres au pneumothorax et au *pneumo-hydrothorax*, ceux de la maladie primitive, qui est presque toujours la phthisie, persistent ou font des progrès, avec quelques modifications apportées par ce nouvel accident. La *toux* devient plus pénible; l'*expectoration* reste ordinairement la même, elle est très abondante lorsqu'il y a évacuation du liquide pleural, M. Stokes a vu des cas où l'expectoration a complétement cessé. MM. Louis et Stokes ont observé un symptôme très remarquable; ils ont vu chacun une fois survenir une aphonie : intermittente dans le cas de M. Louis, et continue dans celui dont M. Stokes a rapporté l'histoire. Le *pouls*, toujours fréquent, devient faible, petit, concentré; les fonctions digestives ne sont pas autrement altérées qu'elles ne l'étaient auparavant; la face, quelquefois congestionnée, reste plus souvent pâle, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis; enfin on a noté un refroidissement plus ou moins marqué des extrémités : signe qu'on observe dans la plupart des perforations.

(1) *Guide pour l'étude de la clin.* Paris, 1834.
(2) *Arch. de méd.*, 2ᵉ série, t. IV.
(3) *Ibid.*, 3ᵉ série, t. XII.
(4) *Arch. de méd.*, 1ʳᵉ série, t. XVII.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Au début, le pneumothorax suit une *marche* extrêmement rapide, et la maladie est portée en si peu de temps à un degré si élevé, qu'on doit s'attendre naturellement à une mort très prompte. Cependant les faits présentent de très grandes différences, suivant les cas. Dans un certain nombre, en effet, les symptômes augmentent rapidement de violence et enlèvent promptement les malades, tandis que dans d'autres, ils se calment après les premiers jours, et l'affection prend une marche pour ainsi dire chronique.

Dans les faits observés par M. Louis, la *durée* de la maladie a varié de seize heures à trente-six jours. La moitié des sujets n'a pas vécu plus de trois jours après l'accident, et un seul a atteint le maximum de la durée. Mais d'autres auteurs ont vu l'existence se prolonger bien plus longtemps. M. Stokes a observé un sujet qui a vécu pendant treize mois après l'apparition du premier accident, et qui a pu même se livrer à des exercices assez pénibles.

M. Andral (1) a eu dans son service un pneumothorax qui datait de quatre mois, et M. Hughes a cité des cas où la maladie a eu une longue durée. M. Louis (2) a cherché vainement la cause de ces notables différences ; il n'a pu la trouver ni dans la force des malades, ni dans la différence du traitement, ni même dans la grandeur plus ou moins considérable des excavations. Toutefois M. Stokes, insistant sur cette dernière circonstance, a cherché à en mieux déterminer la valeur, et, suivant lui, plus la perforation est large, plus la communication entre la fistule est facile, et plus il y a de chances de voir se prolonger les jours du malade. Chez le sujet dont il vient d'être parlé, cette communication était très facile. Il résulte de cette disposition, suivant M. Stokes, que l'air peut s'échapper facilement par les bronches, et que par suite les accidents sont beaucoup moins graves. On peut de cette manière expliquer comment, chez les sujets observés par M. Louis, ceux dont la perforation ne communiquait pas avec les bronches sont morts en quelques heures.

Quant à la *terminaison* du pneumothorax, elle a toujours été mortelle dans les cas que j'ai rassemblés, excepté toutefois dans celui que j'ai emprunté à M. Graves, et qui, étant entièrement exceptionnel, n'a pas une grande importance. Mais voici ce que l'on trouve à ce sujet dans la thèse de M. Saussier (p. 77). La mort a eu lieu dans tous les cas où le pneumothorax était dû à une perforation tuberculeuse. Des sujets qui présentaient seulement une pleurésie, 12 ont guéri, c'est-à-dire environ les deux cinquièmes ; et 4 autres qui avaient, soit une plaie de la poitrine, soit une rupture du poumon, soit une phthisie douteuse, ont également guéri, ce qui porte à 16 sur 147 le nombre des guérisons. La valeur de ces faits est subordonnée à l'appréciation que nous allons faire du diagnostic et de la description des lésions anatomiques.

§ V. — Lésions anatomiques.

Depuis Laënnec, les lésions anatomiques du pneumothorax ont été étudiées avec le plus grand soin ; il me suffira de décrire les principales. Sur le cadavre, l'état de la poitrine est le même que pendant la vie. Le côté affecté est dilaté, plus ou moins

(1) *Union médicale*, 11 mars 1848.
(2) *Loc. cit.*, p. 487.

globuleux, les espaces intercostaux sont effacés. Par la percussion on produit le même son tympanique que l'on produisait pendant la vie ; on peut même constater le déplacement des organes, et du cœur en particulier, lorsque l'épanchement a lieu à gauche.

La fréquence du pneumothorax, dans l'un ou l'autre côté de la poitrine, diffère suivant les causes qui l'ont produit. Dans la phthisie pulmonaire, par exemple, on trouve les lésions bien plus souvent à gauche qu'à droite. Sur 8 cas, M. Louis les a constatées 7 fois à gauche. Toutefois cette proportion paraît exagérée ; car M. Saussier, examinant un plus grand nombre de faits, a trouvé l'épanchement de gaz 50 fois à gauche, 25 fois à droite, et une fois des deux côtés ; 4 fois son siége n'était pas indiqué.

A l'ouverture du thorax, surtout si l'on commence par faire une simple ponction, l'air s'échappe en sifflant, lorsqu'il est accumulé en assez grande abondance et lorsque la ponction est pratiquée au niveau de la partie sonore. Wolff avait déjà observé ce phénomène (1). Dans le cas, au contraire, où cette ponction est faite au niveau du point occupé par la matité, c'est-à-dire au point correspondant à l'épanchement liquide, il s'écoule une matière purulente ou séro-purulente qui sort d'abord sans bruit ; mais qui, bientôt mêlée à des bulles d'air, s'échappe par un jet moins continu et plus ou moins bruyamment.

Le gaz épanché dans la plèvre est tantôt inodore et tantôt très fétide. On lui a trouvé une odeur d'hydrogène sulfuré, de matière putride, d'ail, (Laënnec), etc. Si l'on approche une bougie de l'ouverture par laquelle il s'échappe, il peut l'éteindre par la seule force avec laquelle il se dégage. On a cité quelques cas dans lesquels il s'enflammait, au contraire, au contact de la flamme. Si on le recueille et qu'on en détermine la composition, comme l'ont fait MM. Davy et Martin-Solon, on trouve que les proportions d'acide carbonique sont augmentées, et, suivant M. Davy, que l'azote est également en proportion beaucoup plus considérable que dans l'air. M. Martin-Solon croit, au contraire, que l'azote n'est pas notablement surabondant, mais il ne l'a pas exactement mesuré. Quant à l'oxygène, il est beaucoup diminué, ainsi qu'on peut le voir dans les analyses faites par M. Davy : l'acide carbonique a varié de 6 à 8 ; l'oxygène de 2,5 a 5,5, et l'azote de 88 à 90. On conçoit facilement dès lors comment une bougie plongée dans ce gaz s'éteint promptement. Quelques auteurs y ont trouvé une certaine proportion d'hydrogène sulfuré, et c'est ce gaz qui lui communique la propriété de brûler au contact d'une bougie enflammée.

Le liquide épanché dans la plèvre est en quantité très variable. Quelquefois il est peu abondant et l'air remplit presque complétement un côté de la poitrine; d'autres fois, au contraire, celui-ci n'occupe qu'une très petite étendue de la cavité dont le reste est rempli par le liquide. La matière de l'épanchement présente la même odeur que le gaz : elle est séreuse, purulente ou séro-purulente, de couleur jaune-verdâtre, grisâtre : quelquefois, mais plus rarement, blanche comme du pus. Dans un cas, M. Louis l'a trouvée rougeâtre, trouble, et semblable, sauf la densité, à celle qui était contenue dans les cavités tuberculeuses.

La plèvre est tapissée de fausses membranes ordinairement très épaisses, faciles à déchirer, humides, de couleur jaunâtre et de récente formation. Il faut distinguer

(1) *Act. nat. curios*, t. V, obs. XXXIV.

ces fausses membranes, qui se sont produites peu de temps après l'apparition du pneumothorax, de celles qui pouvaient exister antérieurement, et qui, chez les tuberculeux, occupent principalement le sommet du poumon. Celles-ci sont blanches, denses, serrées, résistantes, et tout accuse en elles l'ancienneté de leur formation. Quelquefois, mais plus rarement, la fausse membrane de nouvelle formation est mince et de couleur variable. Dans un cas, Laënnec, l'ayant trouvée noire, a attribué cette couleur au contact prolongé du gaz hydrogène sulfuré qui entrait dans la composition de l'air épanché. On a vu parfois des ulcérations plus ou moins considérables exister sur la plèvre, et ces ulcérations ont été attribuées à l'action corrodante du liquide épanché. C'est une question sur laquelle je reviendrai à l'occasion de la pleurésie. Chez un sujet, Laënnec a vu des escarres gangréneuses de cette membrane (1).

Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, et il a diminué d'autant plus de volume, que l'épanchement liquide et gazeux est plus considérable. Dans quelques cas, retenu dans des brides très résistantes, il a moins cédé à la compression. Son tissu mollasse, non crépitant, présentant presque toujours un plus ou moins grand nombre de tubercules, semble carnifié dans les points où il n'existe pas d'autre altération que celle qui a été produite par la compression.

Mais la lésion la plus importante, et quelquefois aussi la plus difficile à découvrir, est la *perforation du poumon*, cause de tous les accidents. Cette perforation est parfois large et s'aperçoit promptement, parfois aussi la surface du poumon, est, dans un certain diamètre, comme criblée par un nombre considérable de perforations. M. Louis n'a rencontré qu'une seule fistule dans les cas qu'il a observés; mais il a vu une disposition qui explique très bien comment se font les perforations multiples. Il a trouvé, en effet, dans plusieurs cas, à la surface de l'organe, un grand nombre de taches jaunes et blanches qui correspondaient à autant de tubercules fondus, et ces tubercules, séparés de la plèvre par moins d'un millimètre d'épaisseur, paraissaient être sur le point de faire irruption dans la cavité séreuse. Quelquefois la fistule est très étroite, et tellement masquée par la fausse membrane, qu'on a beaucoup de peine à la reconnaître, quelque procédé qu'on emploie. Nous avons vu, en effet, M. Bricheteau ne l'apercevoir qu'après avoir enlevé une couche épaisse de pseudo-membranes, et Laënnec a cité un exemple semblable. Le procédé qui réussit le mieux pour faire connaître le point d'où s'échappe l'air, consiste à ouvrir la paroi antérieure de la poitrine, à remplir cette cavité d'eau, et à pratiquer l'insufflation par la trachée. Le point d'où s'échappent les bulles d'air est celui où existe la perforation. Si l'on ne parvenait pas à obtenir ces bulles d'air, il ne faudrait pas croire pour cela que la fistule n'existe pas; mais il faudrait disséquer avec soin la fausse membrane, et renouveler l'expérience, si l'ouverture accidentelle n'était pas devenue visible. On ne pourra admettre l'existence d'un pneumothorax sans perforation qu'après s'être livré à cet examen.

Dans les cas où le pneumothorax survient chez un sujet affecté de phthisie, c'est presque toujours vers le sommet du poumon que se fait la perforation; ce qui est d'accord avec ce que nous avons dit, à l'article *phthisie*, sur le siége habituel des tubercules pulmonaires.

(1) *Loc. cit.*, t. II, obs. XLIV.

L'ouverture de la fistule est souvent oblique, et quelquefois directe; la fistule elle-même présente un trajet variable, suivant les cas. Ce sont ces différences qui rendent plus ou moins facile et prompte l'accumulation de l'air dans la plèvre, ainsi que M. Stokes l'a remarqué.

Dans la très grande majorité des cas où la perforation est due à la rupture d'un foyer tuberculeux ou gangreneux, la fistule communique avec les bronches; mais quelquefois, et M. Louis én a cité des exemples, le tubercule évacué dans la plèvre étant très superficiel, cette communication n'existe pas. L'épanchement d'air se fait alors par les vésicules ouvertes, comme dans les cas de rupture des cavités emphysémateuses.

Enfin, on trouve chez les sujets qui ont succombé au pneumothorax les lésions dues à la maladie primitive : chez les tuberculeux, des cavernes, des granulations, etc.; chez ceux qui ont reçu un coup sur la poitrine, une altération des parois thoraciques, etc.

Quelquefois cependant, et nous avons vu que M. Saussier avait signalé 29 cas de ce genre sur 147, il n'existe que des lésions dues à la pleurésie, avec ou sans perforation consécutive du poumon. Ceux où cette perforation consécutive a existé ont été rigoureusement constatés, et l'existence du pneumothorax est par là parfaitement explicable. Mais l'explication est beaucoup plus difficile dans les cas où l'on n'a pas trouvé de perforation, et alors, je le répète, on ne peut s'empêcher de conserver quelques doutes sur l'exactitude des recherches anatomo-pathologiques. M. Saussier a, il est vrai, cité un cas observé par lui avec attention, et dans lequel il n'existait pas de perforation : mais le bourdonnement amphorique fut constaté pendant la vie : et comment concevoir l'existence de ce signe sans perforation ou sans une cavité quelconque communiquant avec les bronches? D'un autre côté, à l'ouverture de la poitrine, il ne s'échappa point de gaz, ce que M. Saussier explique par la résorption de l'air épanché. Ces faits contradictoires sont de nature à faire douter de l'exactitude du diagnostic. Dans l'état actuel de la science, nous devons, à l'exemple de M. Andral, qui après avoir publié deux cas de pneumothorax sans perforation, a reconnu toutes les causes d'erreur qui peuvent exister, nous devons, dis-je, conserver des doutes très grands sur la possibilité de l'épanchement gazeux dans la plèvre, sans communication quelconque avec l'air extérieur.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Aujourd'hui que nos méthodes d'exploration sont perfectionnées, le diagnostic du pneumothorax ne présente pas de grandes difficultés. Cependant il est des cas où une assez grande attention est nécessaire, non seulement pour reconnaître la maladie, mais encore pour distinguer le moment où elle se produit. Si nous rappelons rapidement les symptômes propres au pneumothorax, nous voyons qu'ils sont de deux sortes : les premiers consistent dans la promptitude de l'apparition des accidents primitifs et dans la manière dont ils se produisent; les seconds sont reconnus à l'aide de ces méthodes d'exploration dont la médecine s'est récemment enrichie, et que l'on perfectionne tous les jours : l'inspection de la poitrine, la percussion, l'auscultation, etc.

Une douleur vive se produisant *tout à coup* dans un côté de la poitrine, et promptement suivie de suffocation, d'oppression, d'anxiété extrême, fera soup-

çonner l'existence d'un pneumothorax. Si le sujet présentait auparavant des signes de tubercules, de gangrène du poumon, s'il avait reçu un coup violent sur la poitrine, à la suite duquel un trouble plus ou moins considérable se serait manifesté dans la respiration, etc., l'on serait presque certain de l'exactitude du diagnostic. Mais dans ces cas, comme dans les cas plus douteux, le son tympatique de la poitrine, la faiblesse du bruit respiratoire dans le même point, son éloignement de l'oreille, son absence complète, continue ou non ; le défaut de retentissement de la voix et de la toux; la dilatation de la poitrine, le bourdonnement amphorique, le tintement métallique, et, s'il y a pneumo-hydrothorax, la fluctuation hippocratique, viendront faire connaître d'une manière positive l'existence de l'épanchement gazeux ou séro-gazeux.

Voyons, en effet, avec quelles affections on pourrait confondre le pneumothorax. L'*emphysème pulmonaire* présente, comme lui, une dilatation des parois de la poitrine, l'effacement des espaces intercostaux, la diminution du bruit respiratoire dans un point d'étendue variable, et, dans le même point, un son plus clair à la percussion. Mais les accidents ne sont pas survenus *tout à coup;* ils se sont produits, au contraire, lentement; la douleur vive de côté n'a point existé. L'anxiété est grande dans les accès de l'emphysème, mais elle n'est pas continue comme dans le pneumothorax; enfin, et ce sont là les signes différentiels les plus importants, si la respiration est affaiblie dans l'emphysème, elle ne manque jamais complétement; elle est superficielle, tandis que, dans le pneumothorax, elle est lointaine ou manque entièrement. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ce diagnostic différentiel est inutile lorsqu'il y a tintement métallique ou lorsqu'on peut produire la fluctuation thoracique.

Un *épanchement pleurétique* très rapidement formé peut donner lieu à la douleur vive, à l'anxiété et à la suffocation; mais la matité considérable, et l'absence des phénomènes indiqués plus haut, suffisent pour écarter toute cause d'erreur.

L'*angine de poitrine*, qui occasionne *tout à coup* une douleur poignante et une espèce de suspension de la respiration, pourrait-elle en imposer pour un pneumothorax commençant? Je ne le pense pas; car la douleur poignante de l'angine de poitrine reste fixée à la région précordiale et au bras, et la suspension de la respiration diffère notablement de la suffocation imminente du pneumothorax. Si ces différences ne suffisaient pas, l'examen des signes physiques aurait bientôt fait cesser toute incertitude; car dans l'angine de poitrine le son reste normal; il n'y a pas de dilatation de la poitrine, etc., etc.

Est-il nécessaire d'établir un diagnostic entre le pneumothorax et une *caverne* dans laquelle se produisent le bourdonnement amphorique et le tintement métallique? En y réfléchissant, on verra que la production de ces bruits particuliers est le seul caractère commun à ces deux affections. Sous tous les autres rapports, elles diffèrent complétement. Il suffit donc de se rappeler que le tintement métallique et le bourdonnement amphorique peuvent exister dans ces deux maladies; car, à l'aide des autres signes, on les aura bientôt distinguées.

A plus forte raison ne rechercherai-je pas le diagnostic du pneumothorax et de la *compression* ou de l'*oblitération des bronches*, qui n'ont de commun avec lui que l'affaiblissement du bruit respiratoire dans une partie plus ou moins étendue du thorax.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la percussion et l'auscultation doivent être pratiquées avec soin dans l'un et l'autre côté du thorax et dans les points correspondants; c'est un précepte qui trouve son application dans l'étude de toutes les maladies de poitrine.

Laënnec a vu des médecins qui, trouvant une résonnance beaucoup plus grande dans le côté malade, l'ont pris pour le côté sain, et réciproquement; aujourd'hui que la percussion et l'auscultation sont généralement bien connues, de pareilles méprises sont peu à craindre.

Enfin, je dois rappeler que, d'après les faits observés par M. Hughes, il est des cas où il manque quelques uns des principaux symptômes et où les autres sont peu tranchés; en sorte que c'est surtout à l'ensemble des phénomènes et à leur succession qu'il faut avoir égard pour porter un diagnostic précis.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du pneumothorax et de l'emphysème pulmonaire.*

PNEUMOTHORAX SIMPLE.	EMPHYSÈME.
Son tympanique; dilatation de la poitrine *considérable.* (Signes douteux).	*Son clair, dilatation* de la poitrine *moins marquée.* (Signes douteux).
Respiration *très diminuée*, quelquefois *absence* de bruit respiratoire.	Respiration généralement *moins faible*, *jamais abolie.*
Murmure respiratoire *éloigné de l'oreille.*	Murmure respiratoire *rapproché de l'oreille.*
Retentissement de la voix *extrêmement faible*, quelquefois *presque nul.*	Retentissement de la voix *moins faible.* (Signe douteux).
Bourdonnement amphorique, tintement métallique.	*Pas de bourdonnement amphorique, ni tintement métallique.*
Début *brusque, douleur vive*, etc.	Maladie *chronique; point de douleur subite*, etc.

2° *Signes distinctifs du pneumothorax et d'un épanchement pleurétique rapide.*

PNEUMOTHORAX.	ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE.
Son tympanique.	*Pas de son tympanique.*
Fluctuation hippocratique.	*Pas de fluctuation hippocratique.*
Bourdonnement amphorique, tintement métallique.	*Pas de bourdonnement amphorique* ni de *tintement métallique.*

Pour les raisons indiquées plus haut, je ne ferai point entrer dans ce tableau les signes distinctifs de l'angine de poitrine, des vastes cavernes avec bourdonnement amphorique, et de l'oblitération des bronches.

Pronostic. Ce que j'ai dit de la terminaison du pneumothorax me dispenserait, en quelque sorte, de parler du pronostic. On a vu, en effet, que, dans les cas de perforation, la terminaison a toujours été fatale, et que ceux où l'on a obtenu la guérison laissent, pour la plupart du moins, des doutes sur l'exactitude du diagnostic. On peut donc regarder le pneumothorax comme une maladie presque constamment mortelle.

Nous avons vu aussi que cet accident abrége généralement les jours des malades. Cependant, M. Hughes avance *qu'il est probable que*, dans beaucoup de cas de phthisie avancée, le pneumothorax a plutôt prolongé qu'abrégé la vie des malades. Cette proposition me paraît avoir un caractère évident d'exagération.

Peut-on, à quelques signes, reconnaître si les accidents deviendront promptement mortels, ou si la vie du malade pourra être prolongée ? C'est un point que l'observation n'a pas suffisamment éclairé. Toutefois, si la remarque de M. Stokes est juste, et il est permis de le croire, on aura quelque espoir de voir les premiers accidents s'amender, quand l'accumulation de gaz se fera lentement, quand par moments elle semblera diminuer, et quand, par suite, la suffocation ne sera pas rapidement portée au plus haut degré ; mais ce ne sont là que des probabilités.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du pneumothorax a été fort négligé, ou plutôt a été presque entièrement passé sous silence par les auteurs. Le peu de ressources que laisse une maladie aussi grave, sa résistance, et sa terminaison presque constante par la mort, ont empêché les médecins d'employer une médication énergique qui leur promettait si peu de bons résultats. Je vais donc, d'après les observations que j'ai pu connaître, me borner à indiquer les principaux moyens mis en usage.

Saignée. On a souvent appliqué sur le point dans lequel s'était manifestée la douleur, des *sangsues* en plus ou moins grand nombre. Plus rarement on a mis en usage les *ventouses scarifiées*, qui agissent de la même manière. Dans quelques cas où le malade avait conservé ses forces, la *saignée générale* a été pratiquée. En général, ces diverses émissions sanguines n'ont point eu d'autres résultats favorables que de calmer les douleurs.

Les *révulsifs*, les *vésicatoires*, les *sinapismes*, n'ont point eu même cet effet avantageux. Ils doivent, par conséquent, être abandonnés, car ils tendent à augmenter le mouvement fébrile. Les *vésicatoires pansés avec la morphine* ont quelquefois calmé la douleur, mais pas plus que les opiacés pris à l'intérieur, qui ont moins d'inconvénients.

Narcotiques. Des narcotiques à haute dose n'ont point été fréquemment administrés. Mais en se rappelant ce qui se passe dans la péritonite par perforation, on est porté à accorder une assez grande confiance à ce moyen, qui a l'avantage de calmer la douleur, de diminuer le besoin de respirer, et peut-être aussi de rendre moins rapide l'accumulation de l'air dans la plèvre. L'*extrait d'opium*, à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes, en commençant par la première quantité, et l'augmentant rapidement, remplit très bien l'indication. Le *datura stramonium*, à des doses semblables, peut aussi être très utilement employé. Viennent ensuite la *jusquiame*, la *belladone*, etc. On doit, en même temps qu'on administre les narcotiques à l'intérieur, appliquer des cataplasmes fortement laudanisés sur les parois de la poitrine. Par cette médication, on peut craindre, il est vrai, de déterminer un certain degré de narcotisme ; mais la maladie est si grave, que cet inconvénient ne doit pas arrêter. Toutefois le médecin doit surveiller attentivement les effets du médicament, non que le narcotisme, s'il n'est pas porté très loin, soit beaucoup à craindre, mais parce que quelquefois l'opium détermine une agitation entièrement opposée à l'effet qu'on veut produire.

Les *applications irritantes* sur les extrémités, les *manuluves*, les *pédiluves sinapisés*, les *sinapismes*, les *frictions*, etc , sont des moyens qui peuvent tout au plus être considérés comme de simples adjuvants.

Empyème. Je n'exposerai pas ici en détail l'opération de l'empyème. Je dirai seu-

lement, d'après les recherches de M. Saussier, que cette opération a été pratiquée 17 fois, sur 147 cas qu'il a rassemblés; des 17 sujets, 8, dit M. Saussier, étaient phthisiques, 1 a guéri ; mais, ajoute-t-il, *il était douteux que sa maladie consistât en des tubercules ;* les autres sont morts ; 9 n'avaient qu'une simple pleurésie, 1 seul est mort. Il résulterait de ces faits que, dans les cas où le pneumothorax se produit dans une simple pleurésie, l'opération de l'empyème serait un des moyens les plus efficaces ; malheureusement le résultat est fondé sur des faits trop peu détaillés. Il en est même un certain nombre qui ne méritent pas une très grande confiance, car les auteurs ne connaissaient qu'une petite partie des éléments nécessaires au diagnostic. Au reste, une grande partie des réflexions que je pourrais faire à ce sujet se représenteront lorsqu'il s'agira d'apprécier la valeur de l'opération de l'empyème dans la pleurésie et l'hydrothorax.

L'usage de boissons émollientes, d'adoucissants de toute espèce, le repos absolu, le soin d'éviter aux malades toute espèce d'effort ou de fatigue, complètent le peu que nous savons sur le traitement du pneumothorax que je vais résumer dans l'ordonnance suivante :

Ordonnance.

1° Pour tisane : infusion de violettes et de coquelicots édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Si les forces ne sont point trop profondément abattues, 15 à 20 sangsues sur la poitrine, ventouses scarifiées ; rarement saignée générale de 200 à 300 grammes.

3° Dans les vingt-quatre heures, prendre d'abord 2 pilules de 0,05 grammes d'extrait thébaïque ou d'extrait de datura ; augmenter la dose suivant les cas jusqu'à 0,20, 0,30 grammes, et quelquefois davantage.

4° Si le malade conserve de la vigueur, et surtout s'il est démontré qu'il n'est point phthisique, recourir, dans les cas de suffocation imminente, à l'opération de l'empyème.

5° Repos et diète absolue dans les premiers jours de l'affection.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; narcotiques à haute dose ; opération de l'empyème ; émollients.

ARTICLE II.

HÉMORRHAGIE PLEURALE.

Cette affection, si l'on n'entend par ce mot qu'une exhalation de sang par à la surface de la plèvre, est une maladie fort rare. Le plus grand nombre des cas de ce genre qui ont été rapportés dans les auteurs sont dus soit à une violence extérieure qui occasionne la rupture d'un vaisseau, soit à l'ouverture d'un foyer apoplectique ou gangréneux, ou d'un anévrysme de l'aorte ; or, dans ces derniers cas, l'épanchement n'est qu'un épiphénomène d'un intérêt secondaire. Aussi à peine l'hémorrhagie pleurale est-elle mentionnée dans quelques ouvrages sur les maladies des organes respiratoires. Laënnec (1) ne lui consacre que quelques mots.

(1) *Traité de l'auscult. médiate*, 3e édit., t. II, p. 408.

J'ai rassemblé un petit nombre d'observations où l'on voit une certaine quantité de sang s'accumuler dans la cavité pleurale, sans qu'on ait découvert d'autre source de l'écoulement sanguin que la surface de la plèvre elle-même. C'est d'après elles que je vais très rapidement tracer la description de cette hémorrhagie.

Mais, avant d'entrer dans les détails, cherchons d'abord quel doit être l'état de l'épanchement pour constituer une véritable hémorrhagie. On sait, en effet, que, dans un certain nombre de cas de pleurésie, la sérosité est sanguinolente ; et c'est là ce qui constitue, suivant les auteurs, la *pleurésie hémorrhagique*. Y a-t-il, en pareil cas, une véritable hémorrhagie de la plèvre ? On ne saurait l'admettre, car ce n'est pas plus là une véritable hémorrhagie que l'expectoration sanguinolente de la pneumonie n'est une hémoptysie. Pour qu'il y ait véritablement hémorrhagie, il faut donc que le sang ait été exhalé ou versé dans la plèvre, comme il l'est à la surface des membranes muqueuses dans les hémorrhagies nasales, pulmonaires, etc. En envisageant ainsi la question, on voit que le champ des hémorrhagies de la plèvre se rétrécit considérablement. Aussi ne nous reste-t-il plus qu'un nombre d'observations extrêmement limité, dont je vais extraire quelques détails.

Les deux principales appartiennent à M. Andral (1) ; ce sont celles où le sang a été trouvé le plus pur et en plus grande abondance.

Causes. Les deux malades observés par M. Andral étaient des phthisiques ; cette circonstance mérite d'autant plus d'être signalée, que, dans les cas décrits sous le nom de pleurésie hémorrhagique, les sujets ont presque tous présenté des tubercules dans les poumons. Le petit nombre des observations ne nous permet pas de regarder définitivement l'existence des tubercules pulmonaires comme la principale cause de l'hémorrhagie pleurale ; mais les faits que je viens de citer paraîtront remarquables, si l'on réfléchit que dans la phthisie il y a une grande tendance à l'hémorrhagie par les poumons, et que cette tendance peut se porter sur la surface pleurale comme sur la surface bronchique. Dans un cas emprunté par M. Sédillot (2) aux *Annales d'Heidelberg* (1838), il se produisit, quelque temps après l'opération de l'empyème, un phénomène fort remarquable : l'ouverture de la poitrine, qui n'avait jusque-là donné passage qu'à l'écoulement du pus, laissa sortir à plusieurs reprises une quantité considérable de sang. En même temps, on remarqua que les épistaxis auxquelles le malade était sujet précédemment, avaient complétement cessé ; aussi l'auteur de l'observation n'hésita-t-il pas à admettre l'existence d'une hémorrhagie supplémentaire à la surface de la plèvre ; mais pour que le fait fût parfaitement démontré, il faudrait être certain que le liquide épanché n'a pas produit une ulcération, soit du poumon, soit des parois thoraciques par lesquelles le sang aurait été versé dans la cavité séreuse.

Les autres causes qui peuvent donner lieu à l'hémorrhagie pleurale sont, comme je l'ai dit plus haut, des *violences extérieures* ou des *solutions de continuité du poumon* par suite de plusieurs altérations diverses. Il est inutile de revenir sur ces détails.

Symptômes. On conçoit combien il est difficile de tracer exactement les symp-

(1) *Clin. méd.*, 3e édit., p. 164, 168.

(2) *De l'opération de l'empyème* : Thèse de concours. Paris, 1841.

ptômes d'une affection aussi peu étudiée. Je me bornerai donc à dire, d'après les faits que je viens de citer, qu'un *point de côté* plus ou moins violent, augmentant par la toux et l'inspiration ; l'*anhélation*, la nécessité de se mettre à son séant pour éviter la suffocation lorsque l'hémorrhagie est très abondante ; la *parole entrecoupée*, la *matité complète* dans une certaine étendue du thorax ; l'*éloignement* du bruit respiratoire et la diminution de son intensité, sont les principaux signes qui aient été constatés.

Quelquefois, et on en trouve un exemple dans M. Andral (1), l'*égophonie* se manifeste comme dans un simple épanchement pleurétique. La *respiration bronchique* a été aussi entendue dans le cas d'épanchement sanguin. Elle offre alors les mêmes caractères que dans la pleurésie.

Quant aux symptômes généraux, ils sont très difficiles à déterminer. *L'augmentation de la chaleur*, *l'accélération du pouls* coïncidant avec les symptômes locaux, une *anxiété* plus grande, tels sont les phénomènes qu'il est permis de rapporter à l'épanchement de sang dans la plèvre. Cette hémorrhagie produisant toujours un certain degré d'inflammation dans cette membrane, donne lieu, en effet, aux symptômes d'une pleurésie intercurrente.

Il serait inutile de rechercher la *marche* et la *durée* de cette affection. Les renseignements nous manquent. Quant à sa *terminaison*, elle a été funeste dans les cas authentiques que nous possédons, excepté toutefois dans quelques uns de ceux où l'affection était due à une cause traumatique.

Lésions anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on a trouvé, au milieu de fausses membranes plus ou moins épaisses, et fortement colorées en rouge par la matière de l'épanchement, du sang en partie liquide, en partie pris en caillots noirâtres. Broussais (2) a, dans un cas, trouvé de gros caillots de sang d'une nuance foncée et très fermes. M. Andral, dans les deux cas qu'il a recueillis, a remarqué que le sang qui existait dans la plèvre avait toutes les qualités de celui qu'on vient de tirer d'une veine. Les autres altérations appartenaient à l'affection préexistante, c'est-à-dire à la phthisie.

Diagnostic. Peut-on, pendant la vie, reconnaître l'hémorrhagie pleurale ? On peut la soupçonner dans les cas où il y a eu violence extérieure, et on est porté à admettre son existence dans ceux où des signes d'apoplexie pulmonaire ayant manifestement existé, il survient *tout à coup* une douleur très vive d'un côté de la poitrine, avec des signes d'épanchement. Toutefois le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire étant lui-même très difficile, le nombre des cas dans lesquels l'hémorrhagie consécutive pourra être reconnue sera nécessairement très limité.

Quant à l'hémorrhagie par simple exhalation, je ne crois pas que le diagnostic en soit possible dans l'état actuel de la science. En effet, la douleur, quelque vive qu'on la suppose, l'anxiété, la suffocation, le décubitus, etc., appartiennent à toutes les espèces de pleurésies que nous aurons à décrire plus loin. On voit donc combien j'étais fondé à dire que cette affection n'a point d'importance réelle pour le praticien.

Le *traitement* a été nécessairement fort peu étudié, et les observations ne nous

(1) *Clinique médicale.*
(2) *Phleg. chron.*, 3e édit., t. I.

permettent pas de remplir cette lacune laissée par les auteurs. Dans les cas de simple exhalation sanguine, le traitement a été celui de la pleurésie ordinaire, et c'est, en effet, le seul qu'on puisse employer. Dans les cas de violences extérieures, lorsqu'on a pu s'assurer que la blessure avait donné lieu à une hémorrhagie, on a cherché à favoriser la résorption du sang par de *petites saignées* et des *applications résolutives*. Quant aux ruptures spontanées du poumon, comme elles produisent presque toujours le pneumothorax, je renvoie au traitement de cette maladie. Enfin on a pratiqué quelquefois l'*opération de l'empyème*; j'y reviendrai plus tard.

ARTICLE III.

PLEURÉSIE AIGUE.

Je ne répéterai pas ce que j'ai dit à l'article *Pneumonie*, relativement à l'impossibilité presque complète dans laquelle se sont trouvés les anciens de distinguer cette affection de la pleurésie. J'ai suffisamment montré que très souvent leur description s'appliquait à l'une ou l'autre de ces deux maladies indifféremment, et que, par conséquent, tout ce qu'ils avaient dit sur leurs symptômes, leur marche et leur traitement, ne pouvait plus être que d'une utilité très limitée. En vain on cherche à faire remonter jusqu'à Galien, Arétée, Celse, et même Hippocrate, la connaissance précise de la pleurésie et sa distinction d'avec la pneumonie; on voit bientôt, en lisant leurs descriptions, que cette connaissance et cette distinction étaient plus dans les mots que dans les choses. Hippocrate se borne, en effet, à prononcer le nom de la maladie sans rien indiquer qui la caractérise. Celse la désigne à peine, et Galien attribue les crachats sanguinolents aussi bien à la pleurésie qu'à la pneumonie, ce qui prouve qu'il ne savait réellement pas les distinguer. Quant aux médecins des siècles derniers, j'ai fait voir qu'ils confondaient systématiquement ces deux maladies. Il s'ensuit que, pour tracer l'histoire non erronée de la pleurésie, il faut faire presque entièrement abstraction de tout ce qui a été dit par les anciens, et ne pas remonter au delà de Laënnec.

Depuis cette dernière époque, il a paru un très grand nombre de travaux extrêmement importants, et les recherches de MM. Andral, Louis, Stokes, Heyfelder, Hirtz, Barth, etc., sont venues éclairer les points qui avaient pu rester obscurs: des travaux particuliers ont été faits sur la pleurésie des enfants; en un mot l'étude de la pleurésie, comme celle de toutes les affections de poitrine, a subi l'influence de l'admirable invention de Laënnec. Toutefois, chose remarquable, il n'a été fait pour la pleurésie, maladie qui offre un si grand intérêt, aucun de ces grands travaux fondés sur l'observation et l'analyse, dont, dans ces derniers temps, la pneumonie, la phthisie, la fièvre typhoïde, etc., ont été l'objet. Dans cet état de choses, j'ai dû rassembler le plus grand nombre possible d'observations récemment recueillies, afin de chercher dans les faits la confirmation des diverses assertions émises par les auteurs; je l'ai fait surtout pour éclairer les questions en litige.

On divise communément la pleurésie en *aiguë* et en *chronique*, et c'est là une division capitale qu'il ne faut pas abandonner. On l'a divisée aussi en *pleurésie*

sèche et en *pleurésie avec épanchement*. Ces deux espèces présentent de l'intérêt sous le rapport des signes diagnostiques ; aussi aurai-je à les mentionner plus loin. Relativement à la nature de l'épanchement, on a signalé la *pleurésie hémorrhagique* qui donne lieu à un épanchement de sérosité plus ou moins sanguinolente ; mais ce n'est qu'un léger accident sans importance. Des divisions nombreuses ont encore été établies d'après le siége de la maladie : ainsi on a décrit la *pleurésie double*, les *pleurésies partielles*, divisées en *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine* et *interlobaire*. Enfin, quant à l'absence ou à l'existence de l'expectoration, on a voulu distinguer la pleurésie *sèche* de la pleurésie *humide*. M. Chomel a même indiqué une autre espèce qui porterait le nom de *pleurésie purulente*, et dans laquelle l'évacuation du pus, par expectoration, aurait lieu à la suite d'une perforation du poumon de dehors en dedans.

De toutes les divisions précédentes, je ne conserverai que celle qui distingue la pleurésie en *aiguë* et en *chronique*, toutes les autres espèces devant trouver l'indication qui leur convient dans la description de ces deux espèces principales. Dans cet article, je vais m'occuper exclusivement de la pleurésie aiguë.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La pleurésie aiguë est une inflammation de la plèvre qui parcourt rapidement ses périodes.

Cette affection a été désignée sous les noms de *pleuritis*, *hydrothorax*, *pyothorax*, *empyème ;* on lui a aussi donné le nom de *fluxion de poitrine*, comme à la pneumonie: aujourd'hui le nom de *pleurésie* est généralement admis.

La *grande fréquence* de la pleurésie est un fait incontestable auquel M. Barth (1) a donné récemment une précision nouvelle par son observation. Il a trouvé, 1° que sous le rapport de la fréquence, la pleurésie occupe le cinquième rang parmi les affections aiguës, et se place après la pneumonie, la fièvre typhoïde, la bronchite et les angines. Dans les faits de toute espèce qu'il a rassemblés, les pleurésies forment un peu moins de la vingtième partie du nombre total, et il fait remarquer que cette proportion s'élèverait beaucoup, si l'on rangeait dans les cas de pleurésie tous ceux où l'on trouve des traces de cette affection ; car il est peu d'autopsies où l'on n'en rencontre d'anciennes ou de récentes.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. C'est une opinion très ancienne, que la pleurésie est rare chez les enfants. Déjà Arétée (2) avait signalé ce fait. Plus tard, Triller (3) et Morgagni (4) ont émis la même assertion ; mais plus récemment Billard, MM. Rilliet et Barthez, et surtout M. Ch. Baron (5) ont soutenu que la pleurésie était presque aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Je crois que ces dissentiments viennent, en grande partie, de ce que l'on a généralement négligé d'établir une distinction entre les

(1) Voy. CHOMEL, *Dict. de méd.*, t. XXV, art. PLEURÉSIE.
(2) *De sig. et caus. acut. morb.: De pleur.*
(3) *Obs. sur la pleur.*; 1740.
(4) *De sedibus et causis morb.*, ep. XX.
(5) *De la pleurésie dans l'enf.*; Thèse, Paris, 1841.

trois périodes de l'enfance. Si nous examinons séparément les enfants nouveau-nés, les enfants âgés de deux à sept ans et les enfants au-dessus de cet âge, nous trouvons d'abord que chez les enfants nouveau-nés la pleurésie est beaucoup plus rare qu'à un âge avancé ; c'est ce que m'avaient déjà appris mes recherches (1), ainsi que les nombreuses autopsies pratiquées par MM. Lediberder et Vernois, et ce que le mémoire de M. Baron est venu confirmer ; car chez les enfants de moins d'un an il a trouvé une proportion d'un douzième seulement, tandis que chez les sujets plus âgés il a trouvé la pleurésie dans les quatre cinquièmes des cas. Après la première année, il a vu la fréquence de la pleurésie augmenter beaucoup jusqu'à quatre ou cinq ans, pour diminuer ensuite jusqu'à quinze ans.

Cette fréquence paraît augmenter ensuite notablement à mesure qu'on avance vers l'âge adulte. Dans la vieillesse, au contraire, cette maladie devient fort rare. Je ne l'ai observée qu'une seule fois pendant deux hivers à la Salpêtrière, et MM. Hourmann et Dechambre (2), qui se sont longuement étendus sur la pneumonie des vieillards, n'ont pas parlé de la pleurésie.

Cette affection est notablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur 36 observations que j'ai réunies au hasard, je trouve 31 sujets du *sexe masculin* et 5 seulement du sexe féminin. Toutefois on peut penser, vu l'insuffisance du chiffre, que la différence proportionnelle n'est réellement pas aussi considérable. Quant à la *constitution*, nous ne savons rien de bien positif.

Les *tuberculeux* ont une grande tendance à contracter la pleurésie, ce qui est démontré par le grand nombre de fausses membranes pleurales trouvées chez eux ; mais ce sont ordinairement des pleurésies partielles. On a cité comme une prédisposition à la pleurésie l'existence d'un *rhumatisme articulaire*, et surtout d'un rhumatisme articulaire aigu. Déjà M. Chomel avait remarqué ce fait, sur lequel M. Bouillaud a insisté plus fortement (3). Les lésions organiques du poumon voisines de la plèvre, telles que la *gangrène*, l'*apoplexie pulmonaire*, la *mélanose*, etc., peuvent donner lieu à une pleurésie non moins intense.

Telles sont les causes prédisposantes sur lesquelles nous possédons des renseignements assez précis. Quant à quelques autres qui sont citées par les auteurs, elles ne doivent pas nous arrêter, car leur existence n'est pas démontrée par les faits.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celle qui doit d'abord nous occuper est l'*action du froid* sur le corps échauffé et en sueur. M. Bouillaud a fortement insisté sur cette cause, qui, suivant lui, agirait au moins dans les deux tiers des cas. Si nous consultons sous ce rapport les observations que j'ai rassemblées, on voit qu'il n'en est que 14 sur 38 dans lesquelles un refroidissement soit signalé comme cause de la maladie ; et encore il s'en faut qu'on doive regarder, dans tous ces cas, l'existence de cette cause comme démontrée, car le plus souvent nous n'avons pour preuve qu'une simple allégation du malade, naturellement porté, comme on sait, à attribuer au refroidissement toutes les maladies de poitrine. Le refroidissement a été produit tantôt par une *exposition à un courant d'air*, tantôt par

(1) *Cliniq. des enfants nouveau-nés*; Paris, 1838, in-8°, pag. 198.
(2) *Rech. pour serv. à l'hist.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VIII, IX, XII.
(3) *Traité clinique du rhumatisme articulaire*; Paris, 1840, in-8.

une *immersion dans l'eau*, tantôt par le *passage d'un lieu très chaud dans un lieu très froid*, tantôt par l'*ingestion de boissons très froides;* en un mot, par tous les modes d'application du froid à l'intérieur ou à l'extérieur.

Suivant Laënnec, le *froid prolongé* aurait plus de puissance que le froid subitement appliqué à la surface du corps. C'est là encore un sujet de recherches très important pour l'étiologie, d'autant plus qu'un nombre assez considérable de faits vient à l'appui de l'opinion de Laënnec.

Quelques sujets, parmi ceux dont j'ai rapporté l'histoire, ont attribué leur maladie à une *grande fatigue* en même temps qu'au froid; un autre a été pris de pleurésie peu de temps après une *chute* sur un des côtés de la poitrine; deux ont éprouvé subitement des douleurs vives dans un point de la poitrine, avec développement rapide des autres symptômes de la pleurésie, en *soulevant un fardeau.* Chez ces derniers, la maladie était-elle simple, ou n'y avait-il pas à la surface du poumon quelques tubercules très petits qui se seraient rompus, et qui auraient donné lieu à tous les accidents? C'est ce qu'il ne m'est pas permis de décider.

Les *diverses perforations du poumon*, dues à des maladies très différentes, déterminent une pleurésie intense; mais c'est une cause que j'ai déjà mentionnée et sur laquelle il est inutile de revenir. Enfin, il est un certain nombre de sujets chez lesquels il est impossible de découvrir aucune cause.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, je ne parlerai d'abord que de la pleurésie générale, qui est la plus ordinaire; j'indiquerai ensuite rapidement ce que les pleurésies partielles présentent de plus remarquable.

Début. Le début de la pleurésie est variable. En général, le malade éprouve pendant quelques jours un malaise plus ou moins considérable; de l'inappétence; une sensibilité plus marquée au froid; un peu de faiblesse. Ces premiers symptômes sont très souvent négligés par les malades, et il faut les interroger avec soin pour en constater l'existence. Quelquefois la maladie débute bien plus brusquement, et en peu d'heures le sujet passe d'un état de santé complet à un état de maladie très grave. Enfin M. Chomel (1) dit que, dans un petit nombre de cas, l'invasion est précédée, pendant quelques jours, d'un état inaccoutumé de force dont l'individu s'étonne et se félicite. Il est un autre début de la maladie qui est encore plus important à considérer : on voit quelquefois, et M. Louis en a observé deux exemples remarquables, se manifester une douleur vive, sans que la percussion et l'auscultation fassent rien reconnaître dans aucun point de la poitrine; on est porté à regarder la maladie comme une simple pleurodynie; mais la matité et les autres signes de pleurésie qui surviennent un ou plusieurs jours après, font voir qu'on avait affaire à une véritable pleurésie.

Dans presque tous les cas, du reste, qu'il y ait ou non un malaise précurseur, un ou plusieurs *frissons* plus ou moins intenses annoncent que la maladie se déclare; bientôt, en effet, la douleur pleurétique se manifeste, et ne tarde pas à être suivie des autres symptômes que nous allons décrire.

Symptômes. Après le *frisson initial*, la *douleur*, qui ouvre la marche des

(1) *Dict. de méd.*, t. XXV, art. PLEURÉSIE.

symptômes locaux, ne se fait pas longtemps attendre; quelquefois même elle se produit en même temps. Il est très rare que ce symptôme n'existe pas : dans 46 cas que j'ai rassemblés, 6 fois seulement la douleur est déclarée nulle. Cette douleur, qui a reçu le nom de *point de côté* ou de *point pleurétique*, a le plus souvent son siége sous l'un ou l'autre sein. Ainsi, sur 34 cas dans lesquels le siége de la douleur a été marqué, 27 fois elle a eu son siége limité au-dessous de l'un ou l'autre sein, ou sous les deux à la fois. Chez deux sujets, elle se faisait sentir dans la partie postérieure et inférieure de la poitrine, des deux côtés. Dans un cas, elle occupait toute l'étendue du côté droit. Les autres observations ne mentionnent que le côté. Si maintenant nous spécifions davantage, nous trouvons que la douleur a siégé un peu plus souvent sous le sein droit que sous le sein gauche (15 fois à droite, 10 fois à gauche).

Presque toujours vive et quelquefois d'une violence extrême, cette douleur acquiert rapidement son plus haut degré d'intensité ; puis, après être restée pendant un temps variable à ce degré, elle diminue à mesure que les signes physiques font des progrès. Dans un cas que j'ai sous les yeux, elle a présenté un caractère tout particulier, puisqu'elle paraissait et disparaissait à plusieurs reprises. Quelquefois les malades n'éprouvent que la sensation d'un *poids* dans l'un des côtés de la poitrine, ou une *constriction* plus ou moins forte ; mais le plus souvent la douleur est aiguë, pongitive, semblable à un trait acéré qui traverse la poitrine de part en part. Presque toujours, lorsqu'elle a un certain degré d'acuité, elle est augmentée par les grands mouvements du tronc, par la pression sur les parois du thorax, par la percussion, et surtout par la toux et les grandes inspirations. Ce symptôme est quelquefois poussé au point de causer l'insomnie.

La *toux* ne tarde pas ensuite à apparaître ; elle manque rarement, bien qu'elle ne semble liée qu'indirectement à l'affection de la plèvre. Peu fréquente dans le plus grand nombre des cas, elle l'est quelquefois assez pour devenir extrêmement incommode. C'est ordinairement une petite toux sèche, parfois comme convulsive. L'*expectoration* manque très souvent : sur 33 cas, en effet, où ce symptôme a été noté, 20 fois l'expectoration était nulle. Lorsqu'elle existe, les crachats sont ordinairement purement muqueux comme ceux du catarrhe pulmonaire ; rarement elle est sanguinolente. On voit donc que la toux et l'expectoration de la pleurésie ne ressemblent nullement à la toux et à l'expectoration de la pneumonie.

En même temps apparaît une *gêne* plus ou moins considérable de la *respiration*. Le plus souvent les inspirations sont courtes, entrecoupées, comme avortées. Dans les premiers temps, cette gêne de la respiration est principalement due à la douleur. Plus tard, la compression du poumon, l'impossibilité de son expansion, rendent la respiration incomplète et en précipitent les mouvements. Cependant, lorsque tous les symptômes aigus ont disparu, et qu'il ne reste qu'un épanchement plus ou moins abondant, sans douleur et sans fièvre, il n'est pas très rare de voir des sujets qui semblent respirer avec facilité, même en se livrant à un certain exercice. Rarement, dans les observations, le nombre des inspirations a été compté ; seulement la respiration a été notée comme plus ou moins accélérée.

La *voix* n'est point altérée ; dans les pleurésies très aiguës, elle est quelquefois entrecoupée, à cause de la difficulté de la respiration.

On a étudié tout particulièrement le *décubitus* dans les maladies de la plèvre.

Ayant observé quelques cas où les sujets se couchaient de préférence sur le côté malade, on avait expliqué cette préférence par la gêne que devait apporter dans la respiration la pression des côtes sur le lit, et par suite la difficulté de la dilatation du côté sain. Dans les cas de pleurésie aiguë que j'ai rassemblés, on trouve que les malades se couchaient aussi souvent sur le côté sain que sur le côté malade; que plus souvent encore le décubitus était indifférent, et que dans près de la moitié des cas, c'est-à-dire 16 fois sur 35, où le décubitus est indiqué, les malades étaient couchés sur le dos, trouvant autant de difficulté à rester sur le côté malade que sur le côté sain. Un petit nombre de sujets (quatre), éprouvant une gêne très grande dans la respiration, sont forcés de se tenir assis ou à demi assis dans leur lit; c'est principalement lorsque les deux côtés de la poitrine sont affectés, ou lorsque la pleurésie, ayant marché très rapidement, le liquide remplit en peu d'instants la cavité de la plèvre. Il peut arriver qu'à une certaine époque de la maladie le décubitus change: ainsi on voit des malades, qui d'abord se couchaient sur un des deux côtés, être ensuite forcés de se coucher sur le dos : d'autres, après avoir gardé plus ou moins longtemps cette dernière position, prennent la position demi-assise, par suite des progrès de l'épanchement et de l'oppression; d'autres enfin, qui ne pouvaient pas d'abord se coucher sur le côté malade, à cause de la douleur, s'y couchent de préférence, lorsque l'épanchement est devenu abondant et que la douleur a disparu. On voit donc que ce signe est très variable, et qu'on aurait tort de lui accorder une grande valeur.

La *dilatation de la poitrine*, par suite de l'épanchement, est un fait constaté depuis très longtemps. Laënnec n'avait point manqué de le signaler; mais, dans ces derniers temps, M. Woillez (1) a fait sur ce sujet des recherches beaucoup plus précises. Cet auteur a trouvé que, dans les premiers temps, il n'y avait point de dilatation, parce que l'épanchement se bornait à refouler le poumon; qu'à une époque plus avancée, l'accumulation du liquide agissant sur les parois du thorax, il y avait dilatation marquée du côté affecté, avec effacement des espaces intercostaux; enfin qu'après la résorption de l'épanchement, la poitrine *se resserrait*. Ces faits sont aujourd'hui connus de tout le monde et peuvent être journellement observés. Il est souvent très difficile de reconnaître cette dilatation de la poitrine à la simple inspection; la mensuration méthodique vient alors en aide à l'observateur. L'*application de la main* sur les parois thoraciques fournit aussi un renseignement utile. Lorsqu'en effet la matière de l'épanchement est interposée en assez grande quantité entre le poumon et les parois thoraciques, on n'y sent plus de vibrations quand le malade parle ou tousse.

La *percussion* fait reconnaître, dans une étendue variable du côté malade, une matité plus ou moins complète, suivant l'abondance de l'épanchement. Toutefois il n'est pas nécessaire que le liquide interposé entre les parois thoraciques et le poumon soit très abondant pour donner lieu à un degré élevé de matité. En outre, le doigt qui percute perçoit un défaut plus ou moins absolu d'élasticité, très remarquable surtout dans les grands épanchements. C'est à la partie postérieure et inférieure de la poitrine que se fait d'abord remarquer cette matité, qui s'élève ensuite à mesure que la maladie fait des progrès. Quelquefois cependant les choses se

(1) *Rech. sur l'insp. et la mens. de la poitr.*; Paris, 1838, in-8°, p. 433.

passent d'une tout autre manière, ainsi que M. Hirtz l'a remarqué. Dans les premiers temps de l'épanchement, le liquide, en petite quantité, se trouve uniformément répandu sur la surface du poumon qui en est entourée, ce qui donne lieu à une matité très étendue ; mais, au bout d'un certain temps, ce liquide, s'accumulant dans les parties inférieures et refoulant le poumon en haut et en dedans, abandonne les parties supérieures et moyennes ; et dès lors la matité reprend la marche que je viens d'indiquer. Dans quelques cas, lorsque le poumon n'a pas encore perdu toute son élasticité, et que des fausses membranes ne sont pas venues circonscrire le liquide, on peut, en faisant varier la position du malade, faire varier aussi les résultats de la percussion. Ainsi, en le faisant coucher sur le ventre, on retrouve de la sonorité à la partie postérieure, là où existait la matité, et la matité gagne la partie antérieure. M. Notta (1) a observé un phénomène particulier dans deux cas intéressants de pleurésie qu'il vient de publier. Dans un espace circonscrit, situé à la partie antérieure de la poitrine, il a trouvé un *son très clair* hydro-aérique, stomacal, contrastant avec le son mat produit partout ailleurs par l'épanchement. Il attribue ce son au refoulement de la partie saine du poumon vers la paroi antérieure de la poitrine, et les détails des autopsies portent à adopter cette explication. Ces signes fournis par la percussion sont d'une importance très grande et doivent être toujours recherchés avec soin.

L'*auscultation* en fournit de plus importants encore. Dans les cas où l'épanchement est peu abondant et où le liquide est répandu en lames minces entre le thorax et le poumon, on entend une *respiration bronchique*, sèche, dure, ordinairement éloignée de l'oreille, et quelquefois rapprochée comme dans une pneumonie ordinaire. En même temps on distingue une *bronchophonie* ou une *égophonie* très marquées. Si, au contraire, le liquide est très abondant, il y a absence complète du bruit respiratoire dans les parties inférieures ; mais à mesure qu'on se rapproche de la partie du thorax située entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, on entend une respiration lointaine d'abord faible, puis plus forte, et lorsqu'elle devient voisine de l'oreille, on reconnaît qu'elle a le caractère bronchique. Ce point est aussi celui où l'on trouve l'égophonie dans les épanchements abondants. Il en résulte que rarement il y a absence complète de respiration bronchique dans les cas de pleurésie, et que seulement elle occupe une étendue d'autant plus bornée que l'épanchement est plus considérable. M. Netter (2) a rencontré une respiration bronchique étendue dans des cas d'épanchement très abondant ; mais ces cas sont exceptionnels. Enfin, lorsqu'on arrive à la partie de la poitrine correspondant à la racine des bronches, on entend la respiration à peu près telle qu'elle a lieu dans l'état normal. On peut suivre assez bien, à l'aide de l'auscultation, les progrès de l'épanchement ; car on a d'abord la respiration bronchique assez voisine de l'oreille, puis l'éloignement du bruit respiratoire, puis la disparition complète, si l'épanchement devient très considérable. Ces signes sont d'autant plus distincts, que la respiration se trouve conservée dans les parties du poumon qui ne sont pas encore comprimées par l'épanchement. Ainsi on entend encore la respiration normale à la partie supérieure et

(1) *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique) dans le cas des épanchements pleurétiques.* (*Arch. gén. de méd.*; 4e sér., t. XXII, avril 1850.

(2) *Gaz. méd.*; 1843.

postérieure de la poitrine, lorsqu'elle a déjà beaucoup diminué ou disparu inférieurement; puis les altérations gagnent les points non encore envahis, tandis qu'à la partie antérieure et supérieure la respiration reste intacte; enfin le bruit respiratoire ne disparaît dans ces derniers points que dans les épanchements très abondants ou dans quelques cas exceptionnels. Quelquefois on a trouvé dans les points où la respiration était conservée (à la partie antérieure, par exemple) une augmentation d'intensité du bruit respiratoire; ce que l'on a expliqué par un certain degré de compression des vésicules pulmonaires contre les parois thoraciques. Enfin, Laënnec a noté la *respiration puérile* dans le côté sain.

Suivant M. Battersby (1), les signes les plus importants dans la *pleurésie de la première enfance* sont : la respiration bronchique, la faiblesse du bruit respiratoire, la matité. Il a trouvé l'égophonie et le frottement pleurétique beaucoup moins constants. M. C. Baron (2) était déjà arrivé à des résultats à peu près semblables.

En même temps que ces symptômes locaux se développent, une *anxiété* plus ou moins marquée a lieu dans un bon nombre de cas, et le *mouvement fébrile* se déclare. La *chaleur de la peau*, la *fréquence du pouls*, dont il est impossible, d'après les observations, de donner l'indication précise; l'anorexie, la soif, un peu de céphalalgie au début, constituent ces symptômes généraux, qui sont beaucoup moins violents que ceux de la pneumonie. On voit même quelques sujets qui présentent à peine une faible accélération du pouls, et qui ne croiraient pas leur santé altérée s'ils n'éprouvaient une gêne plus ou moins grande dans la respiration. En général, le mouvement fébrile est d'autant plus intense que la douleur de poitrine est plus violente, et que la pleurésie marche avec plus de rapidité.

Tels sont les symptômes de la pleurésie aiguë avec épanchement, lorsqu'elle suit sa marche ordinaire, et qu'elle envahit une assez grande étendue de la poitrine. Mais il est quelques variétés dont il importe de dire un mot ici.

Et d'abord, sous le rapport du siége, nous avons les *pleurésies partielles*, divisées en diaphragmatiques, médiastines, costo-pulmonaires ou interlobaires, suivant le point qu'elles occupent.

La pleurésie *costo-pulmonaire* ne présente rien de remarquable, si ce n'est son étendue limitée par des fausses membranes dans un point circonscrit des parois thoraciques. On a vu de ces pleurésies partielles bornées à la partie moyenne de la poitrine, et quelquefois à la partie inférieure. M. Andral (3) en cite quelques exemples.

Dans d'autres cas, la pleurésie est bornée à une petite étendue de la membrane qui tapisse, d'une part, la base du poumon, et de l'autre la face supérieure du diaphragme; elle prend alors le nom de *pleurésie diaphragmatique*. La gêne de la respiration, la douleur plus ou moins vive qui se fait sentir pendant l'inspiration, et le mouvement fébrile, sont alors les signes principaux, le plus souvent insuffisants pour le diagnostic. La pleurésie *médiastine* est toujours compliquée, et résulte presque constamment d'une rupture du poumon. Quant à la pleurésie

(1) *Obs. de pleur. et d'empyème chez les enfants*; Dublin, *Quat. Journ. of med. sc.*, 1847.
(2) *De la pleurésie dans l'enfance*; Thèse, Paris, 1841.
(3) *Clin. méd.*; Paris, 1840, t. IV.

interlobaire, elle est fort rare; M. Andral n'en cite qu'un cas observé chez un tuberculeux. Quelquefois les accumulations de pus qui se forment dans les scissures interlobaires ont été prises pour des abcès du poumon, erreur que l'on évitera en examinant attentivement leur siége. On voit que ces variétés de la pleurésie n'ont qu'une importance médiocre.

Lorsque cette maladie n'est point accompagnée d'épanchement, on lui a donné le nom de *pleurésie sèche*, qui a pour caractère particulier le *bruit de frottement pleurétique*. Ce bruit, que l'on remarque dans un certain nombre de cas de pleurésie ordinaire, lorsqu'on peut observer les malades avant que l'épanchement se soit formé, persiste pendant tout le cours de l'affection dans quelques cas rares. Il consiste dans un bruit sec, qui se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration, et qui ressemble à celui que produiraient deux corps dépolis frottant l'un sur l'autre.

Une autre variété est la *pleurésie double*, qui est fort rare, au moins au début, dans les cas non compliqués. Les signes se manifestent alors des deux côtés de la poitrine, et, de plus, les deux poumons étant comprimés, il en résulte une dyspnée et une anxiété beaucoup plus grandes.

Jusqu'à présent je n'ai guère considéré les symptômes que dans la période d'augmentation de la maladie; mais, à une époque plus ou moins avancée, il survient de grands changements. La douleur s'apaise, la respiration se calme, à moins que l'épanchement ne fasse des progrès très rapides, et le mouvement fébrile diminue ou disparaît complétement. Pendant quelque temps, les malades restent dans cet état; puis, si la maladie doit se terminer par la guérison, la matité commence à diminuer dans les parties supérieures; le murmure respiratoire se rapproche de l'oreille; il est d'abord dur, puis il s'adoucit et revient à l'état normal. Ces changements s'opèrent peu à peu et de haut en bas, jusqu'à ce qu'enfin ils soient complets dans toute l'étendue du poumon. Il est fort rare néanmoins que le bruit respiratoire recouvre, avant un temps assez long, son intensité primitive, ce qui est dû aux fausses membranes qui s'interposent entre lui et l'oreille; aussi sa diminution d'intensité est-elle beaucoup plus remarquable à la partie inférieure, où ces fausses membranes sont plus épaisses.

Un phénomène que l'on remarque encore lorsque l'épanchement disparaît, est le *bruit de frottement* qui a été noté dans presque toutes les observations de M. Bouillaud. Le liquide, en se résorbant, laisse en contact deux surfaces chargées de fausses membranes rugueuses, qui, au moindre mouvement, produisent le bruit sec dont il s'agit. Un autre bruit qui n'a point suffisamment attiré l'attention des auteurs survient parfois à la fin des pleurésies, et surtout à la fin des pleurésies limitées qui accompagnent la pneumonie : c'est un *râle humide* très voisin de l'oreille, et beaucoup plus fin que le râle sous-crépitant ordinaire. On explique très bien l'existence de ce râle par le frottement, le tiraillement et la pression de fausses membranes humides; car ce bruit est semblable à celui qu'on obtient en pressant entre les doigts une éponge très fine légèrement imbibée d'eau.

Dans quelques cas rares signalés par M. Trousseau (1), la maladie est remarquable par la faiblesse du malade et par la petitesse du pouls. Ce médecin a vu plusieurs

(1) *Voy.* Lacaze du Thiers, *De la paracentèse de la poitrine* (*L'union médic.*, 21 mars 1850 et n^{os} suiv.); et *Séances de la Société médicale des hôpitaux* (*L'union médic.*, 23 mars 1850).

cas de ce genre *se terminer par la mort;* il en a cité d'autres semblables observés par des médecins habiles, et c'est ce qui l'a engagé à pratiquer la paracentèse du thorax, opération dont je parlerai plus loin.

Tels sont les symptômes de la pleurésie simple aiguë. Quant aux complications, ce n'est point ici le lieu de s'en occuper. J'en ai déjà fait connaître quelques unes (1), et les autres se présenteront dans d'autres articles.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la pleurésie aiguë est ordinairement croissante et toujours rapide. Le plus souvent, en trois ou quatre jours, les premiers accidents disparaissent, pour faire place aux signes de l'épanchement. Quant à ceux-ci, ils persistent plus longtemps, et, dans quelques cas, restent stationnaires pendant plusieurs semaines. On n'observe pas dans la marche de cette affection des irrégularités aussi grandes que dans la plupart des autres phlegmasies. Quelques auteurs ont néanmoins signalé des *pleurésies intermittentes;* mais il est évident qu'ils ont eu en vue des affections toutes différentes de la pleurésie, et principalement des pleurodynies ou des névralgies intercostales.

La *durée* de la maladie ne varie que dans des limites assez étroites; malheureusement nous n'avons pas pour l'apprécier des recherches suffisantes. Tantôt les auteurs comptent la durée de la maladie à partir de son début jusqu'au moment où le malade quitte l'hôpital; tantôt, au contraire, ils la font commencer au moment où le malade entre à l'hôpital, pour la faire finir à son entrée en convalescence; il est inutile de faire remarquer quelles causes d'erreurs cette manière différente de présenter les faits pourrait introduire dans nos calculs. Je me bornerai donc à dire que, dans le plus grand nombre des cas, la durée de la pleurésie varie de dix à vingt jours chez les sujets qui guérissent, et que quelquefois cette durée peut se prolonger au delà de trois semaines. Lorsque la maladie se termine par la mort, la durée est beaucoup plus variable. Chez les sujets atteints d'une affection chronique grave, elle a, dans les cas que j'ai rassemblés, causé la mort en très peu de temps (deux, quatre et cinq jours); chez les autres, sa durée a varié de dix à trente-huit jours.

La *terminaison* de la maladie est très importante à considérer. Nous verrons, en effet, que sur elle reposent les considérations thérapeutiques les plus intéressantes. M. Louis a remarqué que la pleurésie simple, *survenant dans le cours d'une bonne santé*, se termine presque constamment par la guérison. Cette assertion a trouvé des contradicteurs, mais aucun avant M. Trousseau n'avait apporté en preuve des faits de quelque valeur. Pour bien comprendre la portée de la proposition de M. Louis, il faut savoir, et c'est un fait que l'on a occasion d'observer journellement, qu'un état antérieur de maladie, quelque léger qu'il soit en apparence rend beaucoup plus graves les affections qui se développent dans son cours. Ainsi une angine simple, affection ordinairement si légère, devient mortelle lorsqu'elle se développe dans le cours ou dans la convalescence d'une fièvre grave, dans le cours d'une affection chronique, et même au milieu d'un catarrhe pulmonaire peu intense. Il en est absolument de même de la pleurésie. Quelque extraordinaire que puisse paraître

(1) Voy. *Pneumothorax*, *Tubercules*, etc.

cette proposition, elle n'en est pas moins le résultat d'une observation exacte que confirme l'expérience de chaque jour. Voyons donc, en les examinant sous ce point de vue, ce qui s'est passé dans les cas que j'ai réunis.

Ils sont au nombre de 48, dont 34 doivent être regardés sans contestation comme des exemples de pleurésie simple. Or, dans ces 34 cas, la guérison a eu *constamment* lieu ; mais dans un 35°, la maladie s'est terminée par la mort, bien qu'au premier abord on soit porté à regarder la pleurésie comme simple. Ce fait, qui a été recueilli par M. Andral (1), mérite donc d'être examiné.

Il s'agit d'un sujet de dix-neuf ans, qui, après avoir éprouvé des douleurs vagues dans la poitrine pendant trois semaines, et une toux sèche persistante, entre à l'hôpital dans un état apparent d'assez bonne santé, mais avec tous les signes d'un épanchement dans la plèvre. La maladie ne faisait aucun progrès, et laissait le malade dans un état peu alarmant, lorsqu'il éprouva brusquement un point de côté violent, et bientôt après les signes d'un nouvel épanchement qui se faisait entre la base du poumon gauche et le diaphragme. Alors l'état général s'altéra profondément et le malade ne tarda pas à succomber.

Sans rechercher si cette seconde pleurésie, si brusquement apparue, ne tenait pas à quelque lésion plus profonde, supposition permise, puisque l'état du poumon est à peine indiqué, je ferai remarquer que chez ce malade il y a eu en réalité deux pleurésies. Or la seconde trouvant le sujet valétudinaire, toutes les circonstances se réunissaient pour rendre cette maladie grave. Les choses se sont donc passées comme dans les cas où la pleurésie survient dans le cours d'une bronchite. Seulement la phlegmasie antécédente, au lieu d'avoir son siége sur la muqueuse des bronches, occupait une autre partie de la cavité séreuse. Il suit de là que ce fait, qui d'abord semblait en opposition avec le principe établi plus haut, est un des plus remarquables parmi ceux qui viennent l'appuyer. Restent donc les cas signalés par M. Trousseau dont je ne conteste pas la valeur, mais dont je ne peux pas donner l'analyse, n'en ayant pas les détails.

Les complications ne rendent cependant pas, il s'en faut de beaucoup, la pleurésie nécessairement mortelle. Fréquemment, en effet, on voit des sujets affectés de tubercules ou d'autres maladies presque aussi redoutables, guérir de pleurésies même assez intenses ; mais ces complications ajoutent une grande gravité à la maladie, puisque sur les 13 cas qui nous restent, 11 malades ont succombé. La grossesse doit être mise au nombre des circonstances aggravantes ; en pareil cas, la pleurésie détermine souvent la mort, après avoir provoqué l'avortement.

Ainsi l'état de santé dans lequel se trouve le sujet est un des objets les plus importants à considérer, et si on le néglige, on risque de tomber dans les plus graves erreurs.

L'affection peut-elle se terminer par des *évacuations critiques*, comme on le croyait autrefois ? Pour toute réponse à cette question, je dirai que, dans l'immense majorité des cas, on ne voit rien qui puisse donner lieu à une semblable opinion. Forestus rapporte (2) un cas où, les règles ayant coulé abondamment, la guérison a eu lieu le septième jour. Mais j'ai hâte de laisser ce sujet, qui ne nous présente rien de positif, pour arriver à la description des lésions anatomiques.

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. III, 1re série.
(2) *Observationes medicæ*, lib. XVI, obs. XXXV.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est rare qu'on n'observe à la surface des plèvres enflammées qu'une légère couche pseudo-membraneuse. Cependant, dans des cas où le malade a succombé à une époque très rapprochée du début, on n'a pas vu d'autre lésion : la pleurésie était encore sèche : mais presque toujours on trouve un liquide mêlé de fausses membranes, et la réunion de ces deux produits constitue le caractère anatomique essentiel de la pleurésie.

Le liquide est parfois en très grande abondance ; la plèvre en contient plusieurs litres : dans d'autres cas, au contraire, on en trouve seulement quelques cuillerées à la partie inférieure de la cavité pleurale. Entre ces deux extrêmes, il y a des degrés à l'infini. L'épanchement est souvent formé par une sérosité citrine, louche, plus ou moins chargée de flocons albumineux, d'autres fois par un liquide purulent, et parfois il participe de ces deux états, la sérosité étant mêlée d'une plus ou moins grande quantité de pus. J'ai cité plus haut des cas où la sérosité était chargée d'une petite quantité de sang, et auxquels les auteurs ont donné à tort, suivant moi, le nom de *pleurésies hémorrhagiques*.

Les fausses membranes que l'on trouve dans la pleurésie aiguë sont ordinairement minces, peu consistantes, d'un blanc grisâtre, quelquefois jaunes ou légèrement colorées en rouge, et faciles à détacher de la plèvre sous-jacente. Elles ne commencent à s'organiser et à acquérir une assez grande consistance que dans les cas où la durée de la maladie se prolonge. Elles sont ordinairement rugueuses. Enveloppant le poumon dans une plus ou moins grande étendue ; recouvrant la plèvre costale ; envoyant des prolongements du poumon aux parois thoraciques et d'une épaisseur très diverse, elles présentent des formes très variées. Au-dessous d'elles, la plèvre paraît quelquefois plus ou moins profondément altérée. On la trouve épaissie, rouge, injectée ; mais ce n'est point la plèvre elle-même qui présente ces altérations, c'est le tissu sous-séreux auquel l'inflammation se communique. Quelquefois cette membrane est comme chagrinée sur le poumon, par suite de la rétraction de cet organe. Mais une lésion plus importante, c'est l'*ulcération de la plèvre* consécutive à l'épanchement. On trouve, en effet, dans quelques cas, une perforation du poumon et une ulcération correspondante de la plèvre costale au niveau même du point occupé par le liquide : la perforation du poumon peut même, dans ces cas, donner lieu, pendant la vie, à l'expectoration abondante du liquide contenu dans la plèvre. On se demande naturellement si cette perforation n'a point eu lieu avant la pleurésie, et si celle-ci n'en était point une conséquence. Mais on ne peut guère s'arrêter à cette opinion, lorsqu'on remarque que le poumon ne présente aucune des lésions organiques qui produisent sa perforation, et que l'ulcération de la plèvre existe aussi bien sur la paroi thoracique que sur l'organe lui-même. On peut se demander encore si cette ulcération est causée par la violence de l'inflammation ou par la présence d'un liquide irritant. La réponse est plus difficile. Cependant la constance avec laquelle la lésion se fait au niveau du liquide semble prouver que la seconde supposition est la véritable. M. Beau a trouvé le névrilemme des nerfs intercostaux enflammé au-dessous des fausses membranes.

J'ai déjà dit que le poumon et les organes voisins étaient repoussés dans les cas d'épanchements très considérables. Le cœur peut être transporté à droite, le dia-

phragme est abaissé, et les viscères de la région supérieure de l'abdomen refoulés en bas. Telles sont les lésions observées dans la pleurésie aiguë, lésions bien connues aujourd'hui, et sur lesquelles il est inutile d'insister plus longtemps.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Il semble, au premier abord, que rien n'est plus facile que le diagnostic de la pleurésie ; mais quand on entre dans les détails, on s'aperçoit bientôt qu'il n'en est pas toujours ainsi. Cela tient à ce que les phénomènes observés peuvent varier non seulement suivant les cas, mais encore suivant les diverses époques de la maladie. Il en résulte qu'on ne saurait rien dire d'absolument applicable à tous les cas, et c'est ce qui a donné lieu à quelques discussions intéressantes. Laënnec lui-même, qui a tant fait pour le diagnostic des maladies de poitrine, a introduit un peu de confusion dans celui de la pleurésie, parce qu'il n'avait pas pu se rendre parfaitement compte de plusieurs phénomènes particuliers. Les recherches récentes, et surtout celles de M. Hirtz (1), sont venues donner un plus haut degré de précision à ce point important de la pathologie des voies respiratoires. Recherchons, d'après ces documents, comment le diagnostic doit être établi, principalement dans les cas difficiles.

S'il existe dans un côté de la poitrine une matité étendue, complète, avec absence d'élasticité sous le doigt qui percute ; si, dans le même point, la respiration est faible, nulle ou lointaine ; si les vibrations de la poitrine sont anéanties lorsque le malade parle ou tousse ; si la respiration est conservée seulement entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate, dans un espace limité ; s'il y a de l'égophonie dans un point voisin, on ne peut guère douter de l'existence d'une pleurésie. Cette existence est démontrée, si la maladie a débuté par un violent point de côté, si la fièvre n'a eu qu'une intensité médiocre, si la toux a été rare et l'expectoration nulle ou simplement muqueuse. C'est là le cas le plus simple. Voyons maintenant ce qui peut arriver dans d'autres circonstances.

Relativement à l'ancienneté de la maladie, nous voyons que les choses peuvent être très différentes. Quelquefois la matité s'étend très rapidement et occupe presque tout le poumon ; puis, par le mouvement indiqué par M. Hirtz, le liquide, s'accumulant à la base, laisse libres les parties supérieures. Ce cas, déjà entrevu par Laënnec, qui avait attribué ces phénomènes à une suffocation du poumon dans les premiers moments (2), n'offre pas de difficultés plus sérieuses, puisque les choses ne peuvent se passer ainsi que dans la pleurésie ; il sert plutôt, au contraire, à confirmer le diagnostic.

Mais avant que cette précipitation du liquide vers les parties déclives ait eu lieu, la respiration prend ordinairement, dans une étendue assez considérable, le caractère bronchique. Ce fait, sur lequel Laënnec s'était vaguement prononcé, est aujourd'hui généralement reconnu. On pourrait, en pareil cas, prendre la pleurésie pour une *pneumonie aiguë*. Voici comment on évitera la méprise : Dans la pleurésie, la main appliquée sent peu ou point de vibrations, tandis que les vibrations naturelles ont augmenté d'intensité dans la pneumonie. Dans celle-ci, la respiration bronchique s'entend dans toute l'étendue de la matité ; elle est accompagnée

(1) *Arch. gén. de méd.*; 1837, 2e série, t. XIII, pag. 172.
(2) *Ausc. méd.*, 3e édit., t. II, p. 314.

ou bien elle a été précédée du râle crépitant ou sous-crépitant. Dans la pleurésie, au contraire, la respiration bronchique est ordinairement bornée à un espace limité aux environs de la partie inférieure de l'omoplate ; elle ne s'accompagne d'aucun râle, à moins de complication. Superficiel dans la pneumonie, le souffle bronchique est ordinairement plus profond dans la pleurésie, et de plus il a, dans celle-ci, un timbre sec, éclatant, qui lui a été reconnu par MM. Netter (1), Rilliet et Barthez (2), et par la plupart des autres observateurs. Le retentissement de la voix, dans ce cas, donne lieu au chevrotement ou égophonie, bruit causé, suivant M. Netter, par le mélange de la bronchophonie simple avec le souffle bronchique éclatant, tandis que dans la pneumonie il n'y a qu'une bronchophonie ordinaire. On voit déjà que, lorsqu'il en est ainsi, le diagnostic, même dans ces cas difficiles, acquiert un haut degré de précision ; j'ajoute que si, en pareille circonstance, on faisait varier les phénomènes en changeant la position du malade, tous les doutes seraient levés.

Mais il est des cas où la respiration bronchique est très étendue, où elle est superficielle, intense, et ne change pas suivant la position des malades. Alors le diagnostic devient plus difficile. Cependant, avec quelque attention, on peut l'établir d'une manière positive. On aura égard, pour y parvenir, au peu de rapport qui existe généralement entre l'étendue des symptômes locaux et l'intensité des symptômes généraux. En auscultant attentivement, on trouvera presque toujours un point à la partie inférieure, où la respiration paraîtra plus lointaine, et enfin la marche de la maladie, les caractères de l'expectoration, viendront confirmer un diagnostic qui offrait déjà de grandes probabilités.

Mais si la pleurésie peut présenter la respiration bronchique, et prendre par là les caractères de la pneumonie, celle-ci, à son tour, peut offrir une absence complète du bruit respiratoire, et simuler par conséquent la pleurésie. En pareil cas, la mensuration de la poitrine, l'effacement des espaces intercostaux, l'absence des crachats caractéristiques, le peu d'intensité du mouvement fébrile relativement à l'étendue de la lésion locale, feront reconnaître la pleurésie.

Tels sont les signes distinctifs de la pleurésie aiguë avec épanchement ; mais il est quelques variétés qui demandent de nouveaux détails. On a observé, ai-je dit, des cas de pleurésie sèche, c'est-à-dire avec simple exsudation de quelques fausses membranes minces. En pareil cas, la matité n'existe pas, et il n'y a point d'altération sensible de la respiration. Le point de côté étant presque toute la maladie, on pourrait croire à l'existence d'une simple *pleurodynie*. On évitera cette erreur en recherchant le *frottement pleurétique* et en notant le mouvement fébrile, qui appartient bien plus à la pleurésie qu'à la pleurodynie simple.

Les pleurésies partielles, telles que la pleurésie diaphragmatique et médiastine, sont d'un diagnostic très difficile, attendu qu'elles ne donnent lieu à aucun signe particulier de percussion et d'auscultation. On n'a donc, pour se guider, que la douleur, la gêne de la respiration et les symptômes généraux.

Quant à la pleurésie double, elle pourrait être confondue avec un simple *hydrothorax*. Voici comment on distinguera ces deux affections : L'hydrothorax est une maladie qui vient en compliquer une autre ; l'épanchement a lieu en même

(1) *Gaz. méd.*, janvier 1843.
(2) *Traité des mal. des enf.*; Paris, 1843.

temps des deux côtés ; il n'existe point de douleurs dans le thorax, ou, s'il en existe, elles sont légères. La marche de la maladie est chronique dans le plus grand nombre des cas. Les symptômes généraux sont ceux de la maladie principale. Or nous avons vu que la pleurésie simple aiguë, dans les cas rares où elle est double, envahit les deux côtés de la poitrine successivement ; qu'elle n'a lieu que dans des cas où la maladie a un haut degré de violence et où sa marche est très aiguë ; que le point de côté se fait violemment sentir, et qu'enfin les symptômes généraux sont graves.

Je ne crois pas devoir pousser plus loin ce diagnostic, attendu que les autres affections, telles que la *bronchite*, l'*emphysème pulmonaire*, etc., qui ont quelques rapports avec cette affection, présentent des différences si tranchées, qu'on ne peut pas supposer l'erreur possible.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la pleurésie aiguë.*

Matité étendue, complète, à la base de la poitrine, avec absence d'élasticité sous le doigt qui percute.

Dans le même point, *respiration faible, nulle ou lointaine*.

Vibrations de la poitrine *anéanties*.

Respiration *conservée entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale* dans un espace limité.

Égophonie un peu au-dessous de ce point.

Parfois *déplacement* de ces phénomènes quand on fait prendre au malade une autre position.

Toux peu violente, sèche, ou avec expectoration muqueuse.

2° *Signes distinctifs de la pleurésie commençante et de la pneumonie.*

PLEURÉSIE COMMENÇANTE.	PNEUMONIE.
Application de la main : *Vibrations* de la poitrine *diminuées*.	Application de la main : *Vibrations* de la poitrine *augmentées*.
Respiration bronchique *limitée* aux environs de la partie inférieure de l'omoplate.	Respiration bronchique *dans tous les points où existe la matité*.
Souffle bronchique ordinairement *éloigné de l'oreille*, ayant un timbre sec, éclatant, argentin	Souffle bronchique ordinairement *voisin de l'oreille*.
Pas de râles.	Râles *crépitant* ou sous-crépitant.
Égophonie (signe douteux).	*Bronchophonie* simple (signe douteux).
Quelquefois les phénomènes *changent de place*, suivant les diverses positions du malade.	Les phénomènes ont un *siége fixe*.

3° *Signes distinctifs de la pleurésie avec respiration bronchique étendue et superficielle, et de la pneumonie.*

PLEURÉSIE.	PNEUMONIE.
Les symptômes généraux *ne sont pas en rapport* avec la grande étendue des symptômes locaux.	Symptômes généraux ordinairement *en rapport* avec l'étendue des symptômes locaux.
Ordinairement la respiration bronchique est *plus éloignée de l'oreille* et moins forte *à la partie inférieure*.	Respiration bronchique généralement *plus forte à mesure qu'on descend*.
Expectoration *nulle* ou muqueuse.	Crachats *caractéristiques*.
Pas de râles.	Râle *crépitant* ou sous-crépitant.

4° Signes distinctifs de la pleurésie et de la pneumonie avec absence du bruit respiratoire.

PLEURÉSIE.	PNEUMONIE.
Poitrine *dilatée ;* espaces intercostaux effacés.	Poitrine *non dilatée.*
Symptômes généraux *peu en rapport* avec l'étendue des symptômes locaux.	Symptômes généraux ordinairement *en rapport* avec l'étendue des symptômes locaux.
Expectoration *nulle* ou muqueuse.	Crachats *caractéristiques.*

5° Signes distinctifs de la pleurésie sèche et de la pleurodynie.

PLEURÉSIE SÈCHE.	PLEURODYNIE.
Mouvement fébrile *plus ou moins intense.*	Mouvement fébrile *faible ou nul.*
Frottement pleurétique.	*Aucun signe* à la percussion ou à l'auscultation.

6° Signes distinctifs de la pleurésie double et de l'hydrothorax.

PLEURÉSIE DOUBLE.	HYDROTHORAX.
Affection *primitive.*	Affection *secondaire.*
Occupe les deux côtés *successivement.*	Envahit les deux côtés *en même temps.*
Symptômes généraux en rapport *avec l'étendue des symptômes locaux.*	Symptômes généraux en rapport *avec la maladie primitive.*

Pronostic. Nous avons vu, dans l'article consacré à la terminaison de la maladie, combien la pleurésie est généralement peu grave lorsqu'elle se développe chez un sujet *dont la constitution n'est pas altérée par une autre maladie.* Elle devient, au contraire, très grave dans les cas où elle complique une affection préexistante; et quoique cette gravité soit d'autant plus grande que la maladie antérieure est plus sérieuse, il n'en est pas moins démontré par les faits que la pleurésie peut devenir mortelle lorsquelle se développe dans le cours d'une affection légère, d'une simple bronchite, par exemple. C'est un fait qu'il faut avoir toujours présent à l'esprit avant de porter un pronostic et avant de se livrer à des recherches thérapeutiques.

La pleurésie qui est due à une perforation du poumon, par quelque cause que ce soit, est une affection constamment mortelle. Lorsqu'elle est double, ce qui survient ordinairement dans des cas de complication, elle a une grande gravité. Enfin l'intensité des symptômes généraux peut faire juger d'une manière assez exacte du degré de cette gravité.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la pleurésie ne présentant pas le même intérêt que celui de la pneumonie, il est peu étonnant que les auteurs l'aient étudié avec beaucoup moins de soin. Aussi, excepté pour quelques médications particulières, ne trouvons-nous aucun travail réellement important sur ce sujet. Mais si la pleurésie n'est point, en général, une maladie très grave, elle est toujours une maladie sérieuse, même dans les cas les plus simples. Il est donc important d'en étudier le traitement avec plus de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Évacuations sanguines. En général, les médecins n'emploient que de *faibles saignées ;* mais, dans ces derniers temps, M. Bouillaud a appliqué à cette maladie, quoique avec une certaine modération, son traitement par les saignées abondantes et

répétées (1). Le nombre de saignées générales qu'il pratique varie de une à quatre, et de plus il prescrit deux ou trois saignées locales, fournissant de trois à douze palettes de sang. Les autres médecins se contentent généralement d'une saignée au début, et de l'application de quelques *sangsues* ou de quelques *ventouses scarifiées* sur le point douloureux.

Quelle est la valeur de ces deux médications? Pour répondre à cette question, il est évident qu'on ne doit pas se contenter de chercher dans la mortalité une différence qui ne prouverait rien. Si, en effet, l'un de ces deux traitements est appliqué à une pleurésie survenue dans le cours d'une bonne santé, la guérison a lieu ; si, au contraire, la pleurésie vient compliquer une autre maladie, et surtout une maladie grave, elle se termine ordinairement par la mort. L'abondance des saignées ne change absolument rien à ce résultat ; mais on peut se demander si, par les saignées abondantes, la durée de la maladie est abrégée ; si les principaux symptômes sont notablement amendés ; si, en un mot, il se produit une amélioration évidente qu'on doive nécessairement rapporter à l'abondance de la saignée. Relativement à la durée de la maladie, j'ai pu rassembler 26 cas de pleurésie simple propres à répondre à cette question ; 10 cas ont été traités par des saignées abondantes, et les autres par des saignées modérées. Chez les premiers, la maladie a duré environ quatorze jours, et chez les autres, seize. Cette différence n'est pas très notable, comme on le voit, et elle le serait bien moins encore si des cas de saignées modérées on en retranchait un dont la durée a été tout exceptionnelle (cinquante jours).

Je ne me dissimule pas que ces chiffres sont bien faibles pour établir un résultat définitif; aussi ne les ai-je donnés que comme renseignements, en attendant que des recherches plus étendues nous mettent à même d'en juger définitivement la valeur.

Quant à l'influence des saignées plus ou moins abondantes sur les principaux symptômes, je dois dire que, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas convenablement l'apprécier. Généralement les évacuations sanguines réussissent à calmer les premiers symptômes et à abattre le mouvement fébrile. Les ventouses scarifiées ou les sangsues appliquées sur la partie douloureuse, font souvent, dès la première application, disparaître le point de côté. Voilà tout ce que nous savons à ce sujet.

En général, on se règle, pour l'abondance de la saignée, sur les forces du malade, sur l'élévation du pouls, sur l'intensité du mouvement fébrile. On ne cherche plus aujourd'hui à établir quel est le côté où il faut saigner, et quant à ces anciens préceptes de ne plus saigner après un certain nombre de jours, ils sont regardés, avec raison, comme de nulle valeur.

Les *émollients* et les *adoucissants* sont employés en même temps que la saignée : ce sont des adjuvants qu'il ne faut pas négliger. Ainsi, les tisanes de mauve, de guimauve, de violette, etc., les potions gommeuses devront être prescrites dans tous les cas. De plus, pour calmer la toux et pour procurer aux malades un peu de repos, on y joint ordinairement les *narcotiques*. L'opium à la dose de 0,03 à 0,05 ou 0,10 grammes, remplit parfaitement cette indication : 15 à 30 grammes de sirop d'acétate de morphine ou de sirop diacode sont également prescrits avec avantage.

(1) *Clinique médicale de la Charité*; Paris, 1837, t. II, pag. 252.

Vomitifs. Le tartre stibié était très fréquemment prescrit par les anciens pour combattre la complication bilieuse ; mais, je l'ai déjà dit, les anciens confondaient dans un grand nombre de cas, la pleurésie et la pneumonie. M. Chomel s'exprime ainsi relativement à l'emploi de l'émétique dans la pleurésie : « Voici, dit-il (1), ce que l'observation m'a appris à cet égard : les symptômes bilieux qui se montrent au début de la pleurésie se dissipent, chez le plus grand nombre des malades, dans l'espace de quelques jours pendant l'emploi des moyens antiphlogistiques, des boissons délayantes et de la diète. Si, au lieu de se borner à cette médication, on administre un vomitif dès le début, les malades, à la fatigue près qui accompagne et suit les efforts du vomissement, n'en éprouvent pour la plupart aucun changement notable. Ils en obtiennent, au contraire, un soulagement marqué, lorsque les signes d'embarras gastrique ont persisté pendant plusieurs jours malgré la diète et les saignées. »

On voit qu'il y a bien loin de cette simple indication à un résultat précis fondé sur une analyse exacte des faits. Cependant cette opinion est trop formellement exprimée pour qu'on ne doive pas y avoir égard dans les cas qui paraîtraient favorables. Richter (*Spec. ther.*) associait au tartre stibié le *nitrate de potasse.*

Laënnec employait l'*émétique à haute dose* dans la période aiguë de la pleurésie ; mais il n'a rien dit qui puisse prouver l'efficacité de cette médication, que M. Mériadec Laënnec regarde, au contraire, comme dangereuse. Aujourd'hui on se borne à donner l'émétique à dose vomitive, à la manière de Stoll. Quant aux autres vomitifs (kermès, etc.), il est inutile d'en parler ici.

Le *vésicatoire* est un des moyens le plus généralement employés, et cependant on a élevé bien des doutes sur son efficacité. Nous n'avons point de relevés exacts de faits propres à éclairer cette question de thérapeutique, d'où il suit que la plupart des médecins qui emploient le vésicatoire dans la pleurésie le font uniquement parce que ce moyen est généralement recommandé, et non parce qu'ils sont sûrs d'en avoir retiré de bons effets. Quelques uns appliquent l'emplâtre vésicant au début même de la maladie. Cet exemple ne doit pas être imité, non de crainte que le vésicatoire exaspère les douleurs, car, au contraire, il peut les diminuer notablement, mais parce que, apportant un nouvel élément fébrile, il peut s'opposer aux avantages qu'on retire ordinairement de la saignée. Toutefois ce mouvement fébrile étant beaucoup moins intense que dans la pneumonie, les inconvénients sont ici moins grands. La plupart des médecins appliquent le vésicatoire quelques jours après le début, lorsque les principaux symptômes se sont amendés et que la résorption de l'épanchement est devenue l'indication principale. Cette résorption est-elle réellement favorisée par l'application du vésicatoire ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Les observations rapportées par les auteurs sont peu propres, en effet, à résoudre cette question ; car, dans presque toutes, le vésicatoire a été appliqué concurremment avec d'autres moyens actifs. J'ajouterai seulement que l'opinion de M. Chomel est favorable à l'influence du vésicatoire sur la résorption de l'épanchement.

Préparations mercurielles. Les préparations mercurielles ont été assez fréquemment employées, et quelquefois au point de produire la salivation. Schmidtmann (2) associait le *calomel* à l'opium. M. Bouillaud a quelquefois suivi cet

(1) *Dict. de méd.*, t. XXV, art. PLEURÉSIE.
(2) *Summa obs. med.*; Berol., 1819.

exemple, en donnant de 30 à 40 centigrammes de calomel uni à l'extrait thébaïque. Dans un cas compliqué de tubercules, et rapporté par M. Hirtz (1), l'emploi du calomel a été poussé jusqu'à la salivation, mais le sujet a succombé. Ainsi on voit encore que nous n'avons rien de précis à dire sur l'efficacité de ce médicament.

Diurétiques. Dans une maladie où il se forme une accumulation de sérosité, il est tout naturel qu'on ait songé à employer les médicaments hydragogues, et en particulier les diurétiques. Aussi cette pratique est-elle ancienne; mais quoiqu'on l'ait fréquemment mise en usage, nous n'en connaissons qu'imparfaitement les effets. Dans l'état actuel de la science, on doit regarder les diurétiques comme des médicaments adjuvants, plutôt que comme des remèdes d'une efficacité démontrée. Laënnec accorde une certaine confiance aux diurétiques, mais il pense qu'on doit, pour les rendre véritablement utiles, les porter à une dose plus élevée qu'on ne le fait généralement. Il donnait de préférence l'*acétate de potasse* à la dose de 24 à 60 grammes par jour, en élevant graduellement la dose. La tisane suivante remplit cette indication :

♃ Acétate de potasse... 30 à 60 gram.	Décoction de chiendent.... 550 gram.

A prendre dans la journée.

Le *nitrate de potasse* à haute dose est recommandé également par Laënnec. Cet auteur en donnait de 2 à 12 ou 16 grammes par jour, suivant que les malades le supportaient plus ou moins bien. On peut encore le donner en potion. Ainsi on administre :

♃ Nitrate de potasse........ 4 gram.	Sirop des cinq racines..... 40 gram.
Eau de sureau........... 200 gram.	

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Quelquefois aussi Laënnec associait le *sel ammoniac* au nitre, suivant la méthode de Triller. Enfin il prescrivait l'*extrait de scille*, qu'un grand nombre d'auteurs avaient employé avant lui, et suivant la méthode conseillée par Quarin dans l'hydropisie, c'est-à-dire en donnant 0,10 grammes répétés toutes les trois heures. Enfin il a mis en usage l'*urée*, d'abord à la dose de 0,60 grammes, puis graduellement à celle de 4 grammes, et au delà. Pour administrer ce médicament, il suffit de le faire dissoudre dans une quantité suffisante d'eau distillée.

La *digitale* est un médicament qui peut être considéré comme agissant de deux manières : 1° d'une manière sédative ; 2° comme diurétique. Elle a été recommandée par Tommasini, qui l'employa dans un cas où les saignées lui avaient paru inutiles, et par Mac-Lean qui cite un cas à peu près semblable.

Que faut-il penser des médicaments dont nous venons de parler ? A les considérer d'une manière générale, on peut dire, avec Laënnec, que ce sont des médicaments infidèles ; et l'on peut ajouter, relativement au cas particulier dont nous nous occupons, qu'il n'existe pas un seul fait bien observé en leur faveur. On aurait tort, par conséquent, de leur accorder un haut degré de confiance.

Antispasmodiques. Le *musc* est le médicament de ce genre qui a été le plus employé ; mais aucun fait positif ne nous permettant d'apprécier son action, il est inutile d'exposer une médication en laquelle le praticien ne saurait nullement se confier.

J'en dirai autant des *toniques*, administrés dans les cas de pleurésie secondaire

(1) *Loc. cit.*, p. 180.

chez des individus fortement débilités; du *sulfate de quinine à haute dose*, prescrit par M. Baudelocque dans la pleurésie des enfants; de l'*acide hydrocyanique*, médicament si dangereux, et, dans la plupart des cas, d'un effet si problématique; enfin de plusieurs autres substances, telles que le *lin*, la *douce-amère*, etc., dont l'efficacité n'est nullement démontrée.

On voit, d'après ce qui précède, que le traitement de la pleurésie aiguë est peu riche et peu varié; mais cela s'explique très bien. Nous avons vu, en effet, que la pleurésie simple est une maladie qui tend naturellement à la guérison; en pareil cas, il suffit de quelques moyens appropriés pour calmer les principaux symptômes; car au bout de quelques jours la nature se charge elle-même de la cure. Dans les cas compliqués, au contraire, la maladie primitive étant ordinairement grave, et la pleurésie, malgré son importance que je suis loin de méconnaître, n'étant souvent qu'un accessoire, on ne dirige contre elle que des moyens peu actifs, parce qu'on s'occupe toujours d'une manière spéciale de l'affection qu'elle vient compliquer. C'est, au reste, ce que Laënnec avait entrevu, quand il disait que, n'employât-on aucun médicament, ou bien mît-on en usage les médications les plus variées ou même les plus nuisibles, la pleurésie n'en guérirait pas moins dans la grande majorité des cas.

On ne devra donc, dans les cas de pleurésie simple, avoir recours qu'à un petit nombre de moyens très simples eux-mêmes, et dont l'efficacité est mieux prouvée que celle de tous les autres. A ce sujet, je dois rapporter le traitement employé par M. Louis, tel qu'il a été indiqué par M. Weber (1).

TRAITEMENT DE M. LOUIS.

Au début, une ou deux saignées générales; si la douleur de côté est vive, une application de 12 à 20 sangsues sur le point douloureux; il est rarement nécessaire de réitérer cette application. Pendant les premiers jours, boissons délayantes; diète absolue.

Lorsque les symptômes les plus aigus se sont apaisés, prescrivez l'usage des tisanes nitrées et de la teinture éthérée de digitale à la dose de 8 à 60 gouttes. En même temps recouvrez le côté malade d'un large emplâtre de poix de Bourgogne, afin d'y entretenir un degré constant de température. Si, après la résorption de l'épanchement, le bruit de frottement s'accompagne de douleur, entourez le thorax d'un bandage de corps lacé qui force le malade à respirer par le diaphragme; de cette manière on fait cesser la douleur.

M. Cruveilhier (2) a indiqué quelques formules dans lesquelles se trouvent rassemblés un certain nombre de médicaments indiqués plus haut, et que par conséquent il est bon de consigner ici. Voici la première :

℞ Calomel..............	0,10 gram.	Poudre de digitale.....	0,025 gram.
Scille................	0,05 gram.	Sirop de nerprun......	q. s.

La seconde est également composée de purgatifs et de diurétiques. On en forme une mixture ainsi qu'il suit :

℞ Teinture d'aloès.......	4 à 8 gram.	Teinture de digitale.....	20 gouttes.
Teinture de scille......	20 gouttes.		

A prendre le matin à jeun, tous les deux ou trois jours.

(1) *Journ. hebd. de méd. et de chir. pratiq.*; Paris, août 1831.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. PLEURÉSIE.

L'action des médicaments doit être, dans tous les cas, favorisée par un certain nombre de précautions générales dont voici le tableau :

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE AIGUE.

1° Repos au lit, au moins dans les premiers temps.
2° Température modérée.
3° Éviter les efforts de voix et les conversations prolongées.
4° Diète absolue au début; régime sévère dans le cours de la maladie.

Paracentèse thoracique. Dans ces dernières années, on a préconisé la thoracentèse dans certains cas de pleurésie aiguë dans lesquels la suffocation a paru imminente. C'est principalement M. Trousseau qui a soutenu cette thèse, et qui a rapporté le plus de faits à son appui (1). Plus tard, M. Barby (2) a défendu la même manière de voir, et d'autres médecins ont cité des faits dans lesquels la thoracentèse ayant été pratiquée, les malades ont guéri. Ces faits prouvent que cette opération, dans la pleurésie aiguë, n'est pas aussi dangereuse qu'on aurait pu le croire. Mais là n'est pas la question. L'opération est-elle opportune? C'est là ce qu'il s'agit de décider, car bien que, comme je viens de le dire, elle soit loin d'être aussi dangereuse qu'on le pensait, personne ne soutiendra qu'elle n'ait sa gravité, et qu'il soit indifférent de la pratiquer. Des faits cités il est résulté pour moi que, dans un certain nombre, du moins, on s'est laissé trop effrayer par une suffocation plus grande que de coutume. J'ai vu, en effet, des cas où la suffocation a été au moins aussi considérable, et où les remèdes ordinaires ont suffi. Au commencement de cette année, M. Marrotte a eu dans son service, à l'hôpital Sainte-Marguerite, un sujet qui paraissait dans l'état le plus grave : la dyspnée était extrême; il y avait lividité de la face, petitesse et fréquence considérable du pouls. Ce médecin nous demanda notre avis, à M. Denonvilliers et à moi, sur l'opportunité de la thoracentèse. Nous pensâmes que, malgré l'intensité insolite des symptômes, on pouvait attendre. Un traitement actif fut appliqué. Dès le lendemain il y avait une amélioration sensible, et le malade a parfaitement guéri. On trouve dans les auteurs plusieurs cas de ce genre.

Cependant, M. Trousseau a cité des cas de mort qui ont eu lieu non seulement sous ses yeux, mais encore entre les mains des praticiens les plus habiles. Ces cas étaient remarquables par l'abondance de l'épanchement et la petitesse du pouls. La paracentèse peut donc être quelquefois utile; mais les cas qui la réclament sont rares.

Quant aux procédés employés pour la paracentèse thoracique, je les ferai connaître dans l'article consacré à la *pleurésie chronique*, pour laquelle on l'a principalement pratiquée.

Résumé; ordonnances. Le résumé du traitement de la pleurésie n'a qu'une importance secondaire, puisque ce traitement est peu compliqué. Quant aux ordonnances, je n'en présenterai pas un grand nombre, pour les mêmes raisons.

(1) *Journ. de méd.*, novembre 1843 et août 1844.—*Séances de la Soc. méd. des hôp. de Paris* (*Union méd.*, 23 mars 1850); — et *De la paracentèse de la poitrine*, par M. Lacaze du Thiers (*Union méd.*, mars 1850).

(2) *Consid. sur quelques points de l'hist. et du trait. de la pleurésie avec épanch.*

Ire Ordonnance.

PLEURÉSIE AIGUE SURVENUE CHEZ UN SUJET BIEN PORTANT.

1° Pour tisane, infusion de violettes édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Une ou deux saignées de 300 à 400 grammes. Si, ce qui est rare, la violence de la fièvre et des principaux symptômes locaux l'exigeait, on pourrait augmenter le nombre des saignées.

3° Une, et rarement deux applications de 15 à 20 sangsues ou de 7 à 8 ventouses scarifiées sur le point douloureux.

4° Un emplâtre de diachylon ou de poix de Bourgogne sur le côté malade du thorax.

5° Diète : repos des organes thoraciques.

Chez les enfants, on emploie les mêmes moyens; seulement, au lieu de la saignée générale, on applique de une à dix sangsues, suivant l'âge. A l'âge de dix ans et au-dessus, on peut facilement pratiquer la saignée générale.

IIe Ordonnance.

APRÈS LA DISPARITION EN GRANDE PARTIE DES SYMPTOMES AIGUS, L'ÉPANCHEMENT ÉTANT ALORS TOUTE LA MALADIE.

1° Pour tisane : chiendent nitré; solution d'acétate de potasse (*voy.* p. 562), édulcorée avec le sirop de pointes d'asperges.

2° Emplâtre sur le thorax, *ut suprà.*

3° Vésicatoire sur le côté malade (Laënnec, Chomel, Cruveilhier, etc.).

4° Purgatifs (Laënnec, Cruveilhier, etc.).

5° Régime sévère, pour favoriser la résorption du liquide.

Tels sont les moyens simples qui s'adressent particulièrement à la pleurésie; les autres ont principalement été donnés dans des cas de complication, et ne doivent pas être rappelés ici.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Évacuations sanguines; émollients; adoucissants; narcotiques; tartre stibié; vésicatoire; préparations mercurielles; diurétiques ; antispasmodiques; purgatifs; thoracentèse; moyens variés.

ARTICLE IV.

PLEURÉSIE CHRONIQUE.

La pleurésie chronique à l'état de simplicité est une maladie rare; c'est ce que les auteurs ont l'occasion de vérifier tous les jours : il semble donc que sa description ne devrait pas nous arrêter. Mais je ferai remarquer que, même dans l'état de complication, elle présente des considérations pratiques fort importantes. Il est donc nécessaire d'en tracer une description rapide.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

La pleurésie chronique est celle qui reste longtemps stationnaire, et donne lieu à une fièvre hectique plutôt qu'à un état fébrile aigu. Laënnec (1) distinguait trois

(1) *Traité de l'auscult. médiate*, t. II, 2e et 3e édit.

sortes de pleurésies chroniques : 1° celles qui, dès l'origine, ont ce caractère ; les pleurésies aiguës passées à l'état chronique ; 3° les pleurésies compliquées de productions organiques sur la surface de la plèvre. Les deux premières sont les plus importantes.

La synonymie de la pleurésie chronique est la même que celle de la pleurésie aiguë ; il faut y joindre seulement le nom d'*hydrothorax*, employé par beaucoup d'auteurs pour désigner l'épanchement qu'elle produit.

J'ai dit plus haut que la pleurésie chronique simple était rare ; il n'en est pas de même de celle qui vient compliquer une autre maladie : de sorte qu'envisagée d'une manière générale, cette maladie ne laisse pas que de se présenter *fréquemment*.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous ne connaissions rien de positif sur l'influence de l'*âge* avant les recherches de M. Oulmont (1). Cet auteur a trouvé de deux ans et demi à quinze ans, 13 cas ; de quinze à trente ans, 28 cas ; de trente à soixante ans, 14 cas. Comme on le voit, la fréquence de cette affection est, relativement à l'*âge*, en rapport avec la fréquence de la phthisie. Quant au *sexe*, je dois dire que parmi les observations que j'ai rassemblées, le plus grand nombre a été recueilli chez des sujets du sexe masculin. Dans les cas rassemblés par M. Oulmont, il y avait 45 hommes et 13 femmes.

Nous ne savons rien de positif sur l'influence de la constitution et du tempérament.

L'*état de santé* des sujets nous offre des considérations d'une grande importance. La pleurésie chronique attaque ordinairement des individus affectés d'une autre maladie, et presque toujours des phthisiques. Dans quinze cas de complication pris au hasard, j'ai toujours trouvé dans le poumon des tubercules à un degré plus ou moins avancé. La pleurésie chronique simple, qui s'est montrée quatre fois dans 25 cas, a offert ceci de remarquable, qu'elle a eu lieu chez des individus qui venaient d'essuyer une maladie assez grave dont ils n'étaient point encore complétement remis. Enfin, on voit, dans quelques cas rares, la pleurésie aiguë, survenue chez des sujets dans un état de santé apparente, se terminer par le passage à l'état chronique. Toutefois on ne doit avancer ce fait qu'avec réserve ; car les observations de ce genre, et notamment celles de M. Heyfelder (2), manquent des détails nécessaires pour en juger les antécédents.

2° Causes occasionnelles.

Ainsi donc l'existence d'une maladie antérieure ou d'une maladie chronique, et particulièrement des tubercules pulmonaires, est la condition essentielle de la production de la pleurésie chronique. Mais quelle est la cause déterminante de la maladie, et pourquoi se montre-t-elle plutôt chez certains sujets que chez d'autres ? Il est fort difficile de répondre à ces questions. Cependant on peut dire, d'une manière générale, que les principales causes occasionnelles de la pleurésie aiguë sont aussi celles de la pleurésie chronique, dont l'état particulier des sujets détermine

(1) *Recherches sur la pleur. chron.*; Paris, 1844.
(2) *Arch. gén. de méd.*; 1839, 3e série, t. V, pag. 59.

seul la forme. La production, à la surface de la plèvre, de *petites masses d'aspect tuberculeux*, cause nécessairement la pleurésie chronique ; c'est à cette lésion que MM. Rilliet et Barthez (1) ont donné le nom de phthisie pleurale.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes locaux de la pleurésie chronique ne diffèrent que médiocrement de ceux de la pleurésie aiguë. Voici les différences :

La *douleur* pongitive est nulle, ou bien elle est obscure, fugace, ne se montre qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Assez souvent la *respiration* est encore facile au début ; quelquefois elle reste telle pendant très longtemps, et quoique l'épanchement soit abondant. Généralement il y a une *dyspnée* assez marquée, avec oppression.

La *toux* existe ordinairement dans la pleurésie chronique ; quoiqu'on ait dit que ce symptôme manquait le plus souvent, il a été noté affirmativement dans toutes les observations publiées, lorsqu'il a attiré l'attention du médecin. Assez souvent même la toux est fréquente et pénible. Dans les cas où il existe des tubercules, elle s'accompagne de l'expectoration qui appartient à la phthisie ; dans les autres, elle est sèche ou seulement muqueuse. Comme dans la pleurésie simple, les malades se couchent de préférence sur le dos ou sur le côté malade. M. Heyfelder a remarqué, dans presque tous les cas qu'il a observés, que les malades couchés sur le côté affecté avaient leurs membres rapprochés du tronc comme s'ils étaient accroupis.

L'examen de la poitrine fait reconnaître une *dilatation* plus ou moins considérable du côté affecté ; les espaces intercostaux sont effacés, plus larges et quelquefois saillants ; l'omoplate est abaissée. Si l'on fait faire une forte inspiration, on remarque que les parois thoraciques de ce côté restent immobiles, tandis qu'elles offrent de grands mouvements de l'autre côté. On a observé aussi quelquefois une déviation de la colonne vertébrale et même du sternum. M. Heyfelder en a vu quelques exemples. Enfin, on a trouvé des déplacements des organes voisins, et notamment du cœur, et M. Oulmont a remarqué que quelquefois le développement du thorax se communique au côté correspondant de l'abdomen, ce qui est dû à l'abaissement du foie.

Les signes physiques de la pleurésie chronique ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pleurésie aiguë avec épanchement. Absence de vibrations dans les parois de la poitrine quand le malade parle ou tousse ; matité du son dans une étendue considérable avec une résistance marquée au doigt qui percute ; éloignement du bruit respiratoire ; absence de ce bruit principalement vers la base du poumon ; conservation du bruit respiratoire vers la colonne vertébrale ; égophonie aux limites de la matité : tels sont les signes que fournissent nos divers moyens d'exploration. Dans deux cas, M. Heyfelder (obs. 3 et 4) a entendu, pendant qu'il pratiquait la succussion de la poitrine, un bruit semblable à celui que produit un flot de liquide retombant sur lui-même ; dans un de ces cas, ce phénomène n'a eu lieu qu'après l'opération, et on l'explique facilement par l'entrée d'une certaine quantité d'air à travers l'ouverture du thorax ; mais dans l'autre, le bruit ayant été entendu avant l'opération, l'explication est très difficile. Y avait-il chez ce malade un pneumothorax ?

(1) *Traité clin. et prat. des malad. des enf.* ; Paris, 1843, t. I, p. 163.

Il résulte des recherches de M. Oulmont, que lorsque la pleurésie chronique donne lieu à un épanchement purulent, les symptômes généraux, et principalement la fièvre, sont bien plus marqués que dans la pleurésie avec épanchement séreux. Toutefois cet auteur reconnaît que rarement les cas se présentent à l'état de simplicité, et que, par conséquent, ces signes différentiels n'ont souvent qu'une valeur médiocre.

Les symptômes généraux de la pleurésie chronique sont un dépérissement plus ou moins marqué, la décoloration de la face, la sécheresse et la teinte terreuse des téguments, un mouvement fébrile lent, offrant quelquefois des exacerbations plus ou moins violentes; un état d'anxiété plus ou moins grand. Dans quelques cas, on a noté un œdème général, parfois borné au membre supérieur du côté malade. Plusieurs auteurs ont donné cet œdème limité comme un très bon signe pour diagnostiquer l'épanchement; mais les cas de ce genre sont très rares. A ces symptômes il faut joindre ceux qui appartiennent aux tubercules, à l'hypertrophie du cœur, en un mot aux diverses affections chroniques que la pleurésie est venue compliquer. On voit quelquefois des sujets qui ont depuis un temps assez long un épanchement considérable, n'éprouver presque aucun de ces symptômes, pouvoir même se livrer à un exercice assez fatigant, et n'offrir que les signes physiques de l'épanchement.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est lente et continue dans le plus grand nombre des cas; chez quelques sujets, il y a par moments des exacerbations, des retours à l'état aigu. Quant à la *durée* de la maladie, elle est toujours longue; elle varie de deux ou trois mois à une ou plusieurs années.

La *terminaison* a lieu le plus ordinairement par la mort. Dans ce cas, les symptômes généraux dont j'ai parlé augmentent notablement: les forces sont abattues, l'amaigrissement fait des progrès, l'appétit est complétement perdu, l'oppression augmente, et enfin les malades finissent par succomber dans le marasme. Dans les cas de guérison sans opération, on voit, au contraire, la fièvre diminuer, les forces se relever, et la face reprendre l'aspect de la santé avant même que les signes physiques se soient notablement amendés. Ensuite ceux-ci diminuent à leur tour, ce que l'on constate par les divers phénomènes que l'auscultation et la percussion nous ont déjà fait observer dans la pleurésie aiguë, et le malade entre en convalescence. C'est alors qu'on trouve, après le retour à la santé, un rétrécissement de la poitrine quelquefois très considérable. Ce rétrécissement, constaté par Laënnec et par tous les auteurs qui après lui ont étudié cette affection, est facile à expliquer. Lorsque le liquide est résorbé, le poumon tend à reprendre la place dont il a été éloigné par le refoulement; mais, enveloppé de fausses membranes souvent fort épaisses, il ne peut plus se dilater qu'incomplétement, et les parois de la poitrine doivent se contracter pour venir combler le vide que laisserait la résorption de l'épanchement. Cependant on a vu des cas où, après un rétrécissement marqué, le poumon reprenant peu à peu sa force d'expansion, la poitrine se dilate et revient plus ou moins complétement à ses dimensions normales.

La terminaison a lieu quelquefois d'une manière remarquable. On cite des cas où tout à coup est survenue une expectoration séreuse ou séro-purulente très abon-

dante, en même temps qu'on voyait diminuer les signes de l'épanchement, et d'autres où une tumeur s'est formée dans un point de la poitrine, puis s'est amincie, rompue, et a donné issue au liquide pleurétique (1).

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques sont à peu près les mêmes que celles de la pleurésie aiguë. Je vais donc me contenter de les énumérer rapidement. On trouve des fausses membranes plus épaisses, plus denses, formant quelquefois une espèce de sac dans lequel le liquide est renfermé, et donnant lieu par là aux *pleurésies enkystées.* Quelquefqis on a trouvé plusieurs de ces sacs, ou bien une fausse membrane formant de larges mailles dans lesquelles est épanché le liquide. La couleur des fausses membranes est variable. Quant au liquide, il est limpide dans un petit nombre de cas, et alors ordinairement citrin avec des flocons albumineux. D'autres fois il est épais, jaune ou verdâtre, en un mot purulent; c'est ce que les chirurgiens ont appelé *empyème de pus.* Le poumon, refoulé, condensé, comme carnifié, mou, non crépitant, est recouvert de fausses membranes quelquefois très épaisses et qui le *coiffent* entièrement. Rarement son tissu est sain; il présente ordinairement des tubercules à un degré plus ou moins avancé.

Je n'insisterai pas davantage sur ces lésions, qu'on trouvera décrites avec le plus grand soin dans le mémoire de M. Oulmont. Je dirai seulement que, dans les cas qui ont eu une heureuse terminaison, on voit encore, longtemps après, des restes de la maladie consistant en fausses membranes plus ou moins complétement converties en tissu cellulaire.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la pleurésie chronique n'offre pas ordinairement de difficultés sérieuses. Avec quelles maladies, en effet, pourrait-on la confondre ? Avec la *pneumonie chronique?* Mais les phénomènes d'auscultation sont différents. Dans celle-ci, la bronchophonie et le souffle tubaire voisins de l'oreille ; dans l'autre, au contraire, l'éloignement de la respiration, surtout vers la base du thorax, l'égophonie, la dilatation de la poitrine, constituent de très bons signes différentiels.

Quant à la *phthisie*, elle diffère de la pleurésie chronique par son siége à la partie supérieure du poumon, et par l'existence, dans le même point, de signes physiques qu'on ne retrouve pas dans la pleurésie chronique.

M. Chomel a pensé qu'on pourrait confondre un épanchement circonscrit avec une *splénisation* du poumon. Les cas où cette confusion pourrait avoir lieu sont rares. On serait, en pareil cas, mis sur la voie par la succession des phénomènes, par l'existence de quelques symptômes accidentels, par des crachats caractéristiques, etc. On a encore admis comme pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic l'existence de *tumeurs solides* dans la plèvre ; d'un *kyste* formé hors de cette membrane, et ayant pris son accroissement vers le poumon; d'une *tumeur du foie* soulevant le diaphragme. Dans ces cas rares, le diagnostic est souvent incertain, et l'on n'a guère, pour se guider, que la marche de la maladie, accompagnée de quelques symptômes particuliers qu'il faut noter avec grand soin.

Enfin, lorsque le liquide pleurétique vient faire saillie dans un point des parois thoraciques, on pourrait croire à l'existence d'un *abcès* siégeant uniquement dans

(1) *Voy.* à ce sujet, l'intéressant mémoire de M. Oulmont, précédemment cité.

les parties molles; mais dans la pleurésie, l'auscultation fait reconnaître l'épanchement dans une certaine étendue de la plèvre; on peut, par la pression, faire disparaître en grande partie la tumeur, et, de plus, on a, pour se guider, les commémoratifs, qui sont ceux d'un épanchement dans la poitrine. Lorsque l'on a pratiqué l'ouverture de l'abcès apparent, la grande abondance du liquide, surtout quand on considère le peu d'étendue de la tumeur et la grande profondeur à laquelle pénètre un stylet introduit par la plaie, lève tous les doutes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pleurésie et de la pneumonie chroniques.*

PLEURÉSIE CHRONIQUE.	PNEUMONIE CHRONIQUE.
Respiration et souffle bronchique *limités à un petit espace vers la colonne vertébrale.*	Souffle tubaire *dans une étendue considérable*, ou râle muqueux.
Ailleurs, respiration faible, *éloignée de l'oreille ou nulle.*	Respiration bronchique *voisine de l'oreille.*
Égophonie aux environs de l'angle inférieur de l'omoplate.	*Bronchophonie* étendue aux points qu'occupe la matité.
Dilatation de la poitrine.	Poitrine *non dilatée.*

2° *Signes distinctifs de la pleurésie chronique et de la phthisie pulmonaire.*

PLEURÉSIE CHRONIQUE.	PHTHISIE PULMONAIRE.
Siége *à la base* de la poitrine.	Siége *au sommet* du poumon.
Signes à l'*auscultation, ut suprà.*	Dans ce point, *respiration sèche, rude, râle sous-crépitant*, muqueux, caverneux, bronchophonie, pectoriloquie, etc.
Dilatation de la poitrine.	Poitrine *non dilatée*, ou même *rétrécie.*

3° *Signes distinctifs de la pleurésie chronique et de la splénisation du poumon.*

PLEURÉSIE CHRONIQUE.	SPLÉNISATION DU POUMON.
Survient ordinairement *dans des cas de tubercules.*	Survient dans le cours d'une *maladie aiguë*, ou est causée par *une pneumonie particulière.*
Expectoration *nulle ou simplement muqueuse.*	Dans ce dernier cas, quelquefois *crachats de la pneumonie.*
Égophonie et respiration bronchique *aux environs de la colonne vertébrale.*	Pas d'égophonie ni de respiration bronchique *auprès de la colonne vertébrale.*
Dilatation de la poitrine.	*Point de dilatation.*

4° *Signes distinctifs de la saillie produite par le liquide pleural, et d'un abcès des parois du thorax.*

A. Avant l'ouverture de l'abcès.

SAILLIE PRODUITE PAR LE LIQUIDE PLEURAL.	ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES.
Signe d'épanchement thoracique par la percussion et l'auscultation.	*Aucun signe d'épanchement* par la percussion et l'auscultation.
En comprimant la tumeur, *on la fait disparaître* en très grande partie.	Tumeur *irréductible.*
Commémoratifs : *Symptômes d'une pleurésie.*	Commémoratifs : Point de *symptômes antécédents de pleurésie.*

B. Après l'ouverture de l'abcès.

SAILLIE PRODUITE PAR LE LIQUIDE PLEURAL.	ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES.
Écoulement d'un liquide abondant et *hors de toute proportion* avec le volume de la tumeur.	Abondance du liquide *en rapport* avec le volume de la tumeur.
Un stylet introduit directement *pénètre à une grande profondeur.*	Le stylet introduit directement *rencontre bientôt la paroi postérieure de l'abcès.*

Pronostic. D'après ce que j'ai dit plus haut relativement à la terminaison de la maladie, le pronostic de la pleurésie chronique simple est grave. Il l'est beaucoup plus dans les cas de complication. Lorsque la fièvre fait de grands progrès, que les forces sont entièrement abattues, que l'appétit se perd complétement, en un mot lorsqu'on observe tous les symptômes de la fièvre hectique, on doit prévoir une mort prochaine.

§ VII. — Traitement.

On a généralement mis en usage, dans le traitement de la pleurésie chronique, des moyens peu différents de ceux qui ont été dirigés contre la pleurésie aiguë; c'est pourquoi je ne reviendrai point en détail sur cette médication, à laquelle je renvoie le lecteur, me contentant d'indiquer les moyens plus particulièrement employés dans la pleurésie chronique, et n'insistant que sur l'opération de l'empyème, qui nous offre des considérations très importantes.

On n'a ordinairement recours aux *émissions sanguines* que dans les cas où il y a un retour plus ou moins marqué vers l'état aigu. Les *diurétiques* sont employés de la même manière que dans la pleurésie aiguë, mais avec plus d'énergie et de persistance. Dans la plupart des cas, on ne saurait avoir recours aux *purgatifs*, car s'il y a complication de tubercules, on court risque de produire une diarrhée qu'on ne peut plus arrêter ensuite. Les *préparations mercurielles*, et surtout le *calomel*, sont aussi mises en usage, mais elles peuvent avoir le même inconvénient. Les *exutoires* et les *révulsifs en général* sont appliqués plus souvent et plus longtemps que dans la pleurésie aiguë. Quelques médecins ont recours aux *cautères*, aux *moxas*, aux *sétons;* d'autres emploient simplement le *vésicatoire*, ou encore des *frictions avec la pommade stibiée* et l'*huile de croton tiglium;* enfin les *opiacés* sont administrés pour calmer la toux et la douleur qui survient quelquefois.

Je le répète, ces divers moyens n'ont aucune action particulière, et il est très difficile, dans les observations, d'apprécier leur degré d'efficacité. Je n'y insiste pas davantage.

Opération de l'empyème. Longtemps cette opération a été pratiquée sans qu'on ait élevé aucun doute sur son efficacité; mais, dans ces derniers temps, les médecins, observant plus attentivement les faits, et frappés des nombreux insuccès dont ils étaient témoins, ont fortement attaqué l'utilité de la paracentèse thoracique. Il importe donc de discuter rapidement la valeur de cette opération.

Déjà Hippocrate avait indiqué un grand nombre de cas dans lesquels l'opération de l'empyème devait être pratiquée (1); ses préceptes furent suivis jusqu'à ces dernières années; mais M. Faure ayant adressé à l'Académie de médecine six observations d'empyème, il s'établit une discussion à ce sujet, et la grande majo-

(1) HIPPOCRAT., *De morbis*, lib. III.

rité des membres qui y prirent part s'éleva contre l'opération (1). Les choses en étaient là lorsque M. Sédillot (2), réunissant des observations dont 37 sont relatives à la pleurésie et au pneumothorax non traumatique, chercha à démontrer, comme l'avait déjà fait M. Trousseau, que les craintes inspirées par cette opération étaient exagérées; que si elle a souvent échoué, c'est qu'elle a été souvent mal faite; en un mot, qu'elle a rendu de grands services, et que, pratiquée convenablement, elle pourra en rendre de bien plus grands encore. Je vais examiner cette question sous ses différents points de vue.

Il importe d'abord de bien savoir quels sont les cas où l'on a pratiqué l'opération de l'empyème. En lisant les observations, on voit qu'assez souvent elle l'a été dans des cas de pleurésie aiguë, à l'époque où les symptômes fébriles étant tombés, on a cru que la maladie était passée à l'état chronique. Quelquefois même on y a eu recours dans la période d'acuité, et M. Sédillot en cite des exemples (3). Doit-on imiter une semblable conduite? Tous les médecins répondent aujourd'hui par la négative, et voici comment s'exprime à ce sujet M. Sédillot : « Nous savons qu'un médecin (M. Gendrin) a essayé, il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, sur la foi d'un confrère anglais, d'appliquer l'opération de l'empyème aux épanchements pleurétiques aigus; mais la mort constante de ses malades le fit bientôt renoncer à cette funeste méthode. Cependant, dans le cas où l'épanchement serait assez considérable pour amener la suffocation et compromettre la vie mécaniquement et à lui seul, nous croyons que l'évacuation du liquide donnerait au moins le temps d'appliquer le traitement convenable à la pleurésie, et retarderait une terminaison funeste et dans le moment certaine. » Outre qu'il faut reconnaître, avec M. Sédillot, que des cas de ce genre sont excessivement rares, il s'élève ici une difficulté que nous retrouverons plus loin : c'est celle de l'appréciation exacte de l'imminence du danger. On conçoit, en effet, que les menaces de suffocation peuvent paraître d'une importance bien variable aux divers observateurs, et que par conséquent ce signe ne servirait à établir aucune règle positive. C'est donc le médecin seul qui serait juge de l'opportunité de l'opération. Ajoutons seulement que dans les cas malheureux cités par M. Gendrin, la poitrine avait été ouverte largement, ce qui a nécessairement augmenté le danger, puisque dans les cas cités par M. Trousseau, l'opération n'a été suivie d'aucun accident.

Les signes d'acuité ayant disparu, dans quels cas et quand convient-il de pratiquer l'opération? C'est ici que ce qui a été dit plus haut de l'état de santé des malades est du plus grand intérêt. Nous avons vu, en effet, que la pleurésie simple, *qui survient dans le cours d'une bonne santé*, tend naturellement à la guérison. Si donc on pratique l'opération de l'empyème en pareil cas, comment saura-t-on s'il faut lui attribuer ou non le succès? Or, dans les observations que contient l'ouvrage de M. Sédillot, il est presque toujours impossible de reconnaître si la pleurésie est simple ou compliquée.

Nous n'avons donc, en réalité, pour nous guider dans notre détermination, que la *persistance des symptômes de pleurésie*, un *dépérissement* plus ou moins marqué, des *lipothymies*, des *menaces de suffocation*, la *petitesse du pouls*, etc., signes

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1836, t. I, p. 62 et suiv.
(2) *De l'op. de l'emp.*; Thèse de concours, Paris, 1841, in-8°.
(3) *Voy.* obs. XXXII.

retrouve assez souvent dans les observations des auteurs, et entre autres de MM. Heyfelder et Trousseau. L'opportunité de la paracentèse tho- donc encore presque tout entière à l'appréciation du médecin.

st quelques circonstances que l'on peut regarder comme des contre- il importe de signaler ici. D'après le relevé des faits rassemblés n'y a pas eu un seul exemple de réussite chez les vieillards. Le erés guéris avait quarante ans; tous les autres malades étaient de ts, des adolescents ou des adultes n'ayant pas, en général, dépassé ième année. « *L'ancienneté du pyothorax*, ajoute cet auteur, est, sans it, une circonstance défavorable à l'opération, ce qui est dû à l'atrophie du mon refoulé ; cependant cet effet n'est pas constant. Hippocrate fixait au quin- ième jour de l'épanchement le moment de l'opération; mais ordinairement on peut attendre plus longtemps. Les *complications de tubercules et de pneumonies* sont défavorables; il importe donc bien de constater l'état des organes, et surtout celui des poumons. Toutefois il n'est pas démontré que l'existence de quelques tuber- cules soit une contre-indication absolue de l'opération; le tout est, je le répète, de pré- ciser le cas où cette opération est indispensable, et c'est là le point le plus difficile. » Ainsi, de quelque manière que nous envisagions la question, nous ne pouvons pas, faute de renseignements positifs, établir d'une manière précise la valeur de l'opération de l'empyème; tout ce que nous savons, c'est que, dans un assez bon nombre de cas graves, cette opération a été suivie de succès. M. Netter de Hochfelden a rapporté (1) un cas dans lequel la thoracentèse a été pratiquée *sept fois* en quinze mois.

Supposons maintenant que l'opération paraisse formellement indiquéeet qu'on soit décidé à la pratiquer, comment faudra-t-il procéder? Cette question est fort importante ; car, suivant M. Sédillot, le procédé opératoire employé est pour beau- coup dans le résultat. C'est au résumé présenté par cet auteur que je vais em- prunter les détails suivants :

LIEU OU IL FAUT PRATIQUER L'OUVERTURE DU THORAX.

1° *Lieu de nécessité.* Lorsque le liquide contenu dans la plèvre vient faire saillie à l'extérieur, dans un des points des parois thoraciques, c'est là qu'il faut pratiquer l'ouverture qui est faite alors, suivant l'expression reçue, au lieu de né- cessité. Quelquefois, par la percussion et l'auscultation, on reconnaît un épanche- ment circonscrit au niveau duquel l'ouverture doit nécessairement être pratiquée. Quand les kystes sont multiples, il faut les ouvrir successivement.

2° *Lieu d'élection.* Le lieu d'élection a été diversement déterminé par les auteurs. Hippocrate voulait que l'opération fût faite au niveau de la troisième côte, en comptant de bas en haut : ce que ses successeurs ont modifié en ouvrant la poi- trine entre les troisième et quatrième fausses côtes à gauche, et la quatrième et la cinquième à droite; c'est ainsi que l'opération a été pratiquée jusqu'à la fin du der- nier siècle. Charles et Benjamin Bell choisissaient l'intervalle des sixième et septième côtes, en les comptant de haut en bas; enfin M. Sédillot, se fondant sur l'importance d'ouvrir le thorax à sa partie la plus déclive, conseille, à moins de circonstances particulières, de porter l'incision entre les troisième et quatrième fausses côtes à droite, et un espace intercostal plus bas à gauche. Il est inutile d'ajouter que la

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, mai 1844.

percussion et l'auscultation auront de l'influence dans le choix du lieu, surtout dans les cas particuliers.

Maintenant, *quels sont les procédés opératoires qu'il convient de mettre en usage?* Ils sont au nombre de quatre : l'incision ; la cautérisation ; la ponction des parois intercostales ; la perforation d'une côte. Je vais les exposer successivement:

Incision. Préparez quelques morceaux de linge fin, taillés carrément, une tente, de la charpie disposée en plumasseaux et en gâteaux, des compresses, un bandage de corps.

Le malade étant assis sur son séant, le corps légèrement incliné du côté opposé à l'épanchement, faites, avec un bistouri droit et bien effilé, une incision longue de 5 à 8 centimètres, et parallèle à l'espace intercostal choisi. Après les téguments, incisez le tissu cellulaire, les aponévroses d'enveloppe, les fibres musculaires sous-jacentes, et découvrez les muscles intercostaux. Assurez-vous alors de la position des côtes ; placez l'indicateur gauche sur la supérieure, dont, par ce moyen, vous écarterez le bistouri, pour ne pas blesser l'artère intercostale. Après avoir divisé les muscles intercostaux et reconnu la fluctuation, saisissez le bistouri entre le pouce et l'indicateur, à peu de distance de la pointe, et divisez avec précaution la plèvre ; aussitôt le liquide commence à s'écouler.

Quelquefois des fausses membranes plus ou moins épaisses viennent se présenter. Le plus prudent alors est ou de prolonger l'incision ou d'opérer ailleurs ; car il serait dangereux de décoller les fausses membranes. Après l'opération, le pansement est tantôt simple, tantôt compliqué de l'emploi de quelque instrument ou de l'introduction de bandelettes dans la plaie, à la manière d'Hippocrate.

Cautérisation. La cautérisation, soit par le fer rouge, comme le faisaient les anciens, soit par un caustique, est généralement abandonnée ; cependant, dans le cas où il y a à l'extérieur une tumeur fluctuante, l'ouverture de l'abcès, à *l'aide de la potasse caustique*, peut être mise en usage, surtout si le sujet redoute l'emploi de l'instrument tranchant ; il est, au reste, inutile d'insister plus longuement sur l'emploi de ce procédé.

Ponction. Faite avec une lancette par Purmann et par M. Cruveilhier, avec un bistouri par M. Velpeau, elle est ordinairement pratiquée à l'aide d'un trocart dont la canule a une forme variable ; il est inutile de décrire ce procédé opératoire, semblable à la paracentèse abdominale.

Térébration d'une côte. Enfin, pour pouvoir maintenir plus solidement une canule, M. Reybard, de Lyon, a récemment préconisé un procédé déjà indiqué par Hippocrate : c'est celui qui consiste à découvrir la partie moyenne d'une côte, et, au moyen d'un foret, de faire une ouverture qui traverse toute l'épaisseur de l'os ; si du même coup la plèvre n'était pas divisée, on la percerait, et le liquide s'écoulerait aussitôt.

Divers moyens propres à favoriser le succès de l'opération. Les divers procédés que je viens de faire connaître ont été modifiés de bien des manières par les auteurs, afin de prévenir des accidents dont le plus redoutable a toujours paru l'introduction de l'air.

Ponction pratiquée une seule fois avec réunion immédiate de la plaie. Ce procédé, employé par Duverney et par M. Faure, est un de ceux qui ont le moins réussi, parce que, le liquide se reformant promptement, des accidents nouveaux ne tardaient pas à se produire. Cependant, avec les modifications qu'il a apportées

tées au procédé opératoire, M. Trousseau a pu les pratiquer avec succès (1).

D'autres, parmi lesquels il faut citer Boyer, Delpech, Dupuytren, ont mis en usage la *ponction répétée* à des intervalles plus ou moins éloignés ; mais on a élevé de nombreuses objections contre cette manière d'agir, et la plus forte de toutes est sans contredit celle qui a été présentée par M. Sédillot, d'après les faits qu'il a rassemblés. Il a remarqué, en effet, que les accidents ne cessaient qu'au moment où les plaies, faites à la poitrine, restaient fistuleuses malgré l'emploi des moyens propres à en déterminer la cicatrisation.

L'*incision avec introduction d'un corps* étranger dans la plaie est, d'après l'auteur que je viens de citer, le procédé le plus simple et celui qui compte le plus grand nombre de cas de guérison : c'est donc celui qu'il convient d'employer, à moins que de nouvelles observations ne viennent modifier ces résultats.

L'*extraction du liquide* a fortement préoccupé les auteurs : les uns veulent qu'on l'évacue tout d'un coup ; les autres qu'on lui donne issue successivement ; les autres enfin qu'on entretienne un écoulement continuel. La difficulté qu'éprouve le poumon à reprendre la place qu'il occupait primitivement, et la nécessité par conséquent d'une sécrétion très abondante pour remplir le vide, sont des inconvénients qui doivent empêcher de vider d'un seul coup la poitrine (2). Il faut en faire écouler le liquide *par portions*, afin de donner le temps aux côtes de se resserrer et au poumon de se dilater ; ou bien entretenir un écoulement continuel à l'aide d'une canule. C'est pour pouvoir maintenir une canule à demeure que M. Reybard a imaginé de faire une ouverture dans la côte elle-même.

L'accident qui est à craindre par l'emploi de ce dernier procédé est, comme chacun sait, l'*entrée de l'air* dans la cavité pleurale. Pour y obvier, on a employé diverses canules : celle de M. Reybard est la plus simple de toutes, et c'est elle que je vais décrire ici.

CANULE DE M. REYBARD.

C'est une simple canule à l'extrémité libre de laquelle on attache un petit sac de baudruche, ouvert du côté opposé. On mouille la baudruche de manière à en faire accoler les parois, et on laisse le pus couler librement entre elles. Dès que l'air tend à rentrer dans la poitrine, il applique les parois du sac de baudruche contre elles-mêmes ou contre l'orifice de la canule, et se crée ainsi un obstacle qu'il ne peut surmonter. Au lieu de baudruche, on pourrait employer un intestin de chat ou de tout autre animal, pourvu qu'il fût mince et souple. La poitrine se vide ainsi peu à peu : le pus ne s'y accumule pas, il ne s'y forme aucun vide, et les parois thoraciques d'une part et le poumon de l'autre, se rapprochent graduellement.

M. Sédillot a proposé les modifications suivantes à cette canule :

1° Calibre plus large, pour laisser passer les grumeaux de pus et les flocons albumineux ; 2° la fixer au moyen d'une plaque matelassée et parfaitement adaptée aux téguments, pour éviter l'entrée de l'air entre la canule et les lèvres de la plaie ; 3° un moyen quelconque d'occlusion momentanée de la canule, afin de permettre de changer la baudruche ou de faire des injections.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* ; 1846, t. XI, p. 546.

(2) Il résulte néanmoins des faits rapportés par M. Trousseau, que cette difficulté n'est généralement pas aussi grande qu'on l'avait pensé, car il a vu ordinairement, dans des cas où la maladie durait depuis un certain temps, le bruit respiratoire se reproduire dans presque toute l'étendue de la poitrine, immédiatement après la sortie du liquide qu'il évacue d'un seul coup.

PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR SCHUH, DE VIENNE.

Les instruments dont se sert M. Schuh (1) consistent : 1° en un trocart d'une forme particulière ; 2° en une espèce de petite auge, destinée à faire suite à la canule du trocart ; 3° en une petite seringue, d'une forme particulière ; et 4° enfin en une bougie de gomme élastique, qui s'adapte exactement à la canule. Le trocart est pourvu d'une canule de la même longueur à peu près que celle qui sert à l'opération de l'hydrocèle, seulement un peu plus large, de même dimension dans toute sa longueur, et offrant près de son extrémité antérieure deux petits trous ovales, par lesquels le liquide peut s'écouler si par hasard l'ouverture vient à s'engorger. Près de son ouverture postérieure, la canule présente supérieurement un robinet qui se ferme et s'ouvre avec une grande facilité ; et à sa partie inférieure, presque au niveau de ce robinet, se trouve une petite plaque métallique longue de quatre à cinq pouces, et recouverte d'un morceau de bois découpé, faisant office de manche. La petite auge fait suite à l'extrémité postérieure de la canule, au moyen d'un petit cylindre qui pénètre dans l'intérieur de celle-ci. Elle présente, sur un de ses côtés, une ouverture de sortie, et se prolonge sous forme d'un cylindre d'un demi-pouce de long. Cette ouverture est plus élevée que l'ouverture de la canule, de sorte que le liquide qui remplit la cavité de l'auge couvre constamment l'ouverture de sortie et empêche l'introduction de l'air. Pour éviter que dans un violent accès de toux l'air ne pénètre par l'ouverture de la canule, à cette ouverture est adaptée une valvule en gomme élastique, qui s'ouvre de dedans en dehors et qui est maintenue par une petite plaque articulée. L'ouverture de sortie de la petite auge doit être plus large que l'ouverture d'entrée, pour éviter que le liquide ne passe par-dessus les bords. La petite seringue doit s'adapter sur l'extrémité de la canule et présenter à deux pouces ou deux pouces et demi de son extrémité une ouverture latérale avec un robinet. Quant à la canule de gomme élastique, elle doit s'adapter parfaitement à l'ouverture de la plaie. Ces deux derniers instruments servent à déboucher la canule, quand par hasard elle est engorgée. Le trocart est plongé dans la poitrine, comme dans l'opération ordinaire de l'empyème. Avant de retirer la tige perforante, on ferme le robinet, puis on adapte la petite auge à la canule, et l'on ouvre le robinet. Le liquide coule d'abord par un jet continu et presque uniforme ; puis le jet s'interrompt de temps en temps pour couler surtout pendant l'expiration. La quantité de liquide à retirer est déterminée par la distension du thorax, le déplacement des organes, la durée de la maladie, la liberté plus ou moins grande des poumons, et, enfin, le résultat que l'on cherche à obtenir. Lorsque l'on cherche la guérison radicale, et qu'il s'agit d'un épanchement de formation récente, le professeur Schuh laisse sortir autant de liquide que la nature le comporte, et jusqu'à ce que le malade éprouve une sensation de pression désagréable à la poitrine. Il accorde également une grande valeur aux résultats de la percussion : ainsi lorsqu'on obtient un son clair dans les points où il existait auparavant de la matité, c'est un signe que le poumon a commencé à se laisser distendre par l'air, et qu'il ne faut pas pousser plus loin l'évacuation du liquide. Si, au contraire, l'épanchement est ancien, si le liquide est trouble et fétide, s'il

(1) *Union médicale*, avril 1848, et *Bull. thér.*, mai 1848 (extrait des *Annal. univers. di med.*

contient des gaz, si le poumon du côté opposé n'est pas sain, M. Schuh conseille d'enlever peu de liquide à la fois. Pendant les accès de toux qui surviennent durant l'opération, il convient ou d'extraire la canule, ou de cesser l'extraction du liquide, afin d'éviter que l'air ne pénètre sur les côtés de la canule. La canule doit être retirée avec le robinet fermé ; la petite ouverture est lavée avec soin, et couverte immédiatement d'un petit carré de diachylon.

Le traitement adopté après l'opération est très simple : le malade doit garder le repos le plus absolu, le silence le plus complet, la diète la plus rigoureuse pendant plusieurs jours. Il faut savoir que, même dans les cas où l'on obtient une guérison radicale, on voit, dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'épanchement augmenter, puis reprendre une marche rétrograde. L'augmentation rapide de l'épanchement annonce une terminaison fatale ; les ponctions successives sont rarement suivies de succès dans ce cas. Si l'épanchement est purulent, auquel cas on n'eût pas dû pratiquer la ponction, la conduite à tenir est différente : l'ouverture extérieure doit être laissée libre, afin de pouvoir pratiquer dans la poitrine des injections émollientes et détersives.

M. Raciborski (1) a employé un procédé remarquable par sa simplicité, et qui, n'étant selon toutes les apparences, pas moins efficace que les autres, me paraît destiné à les remplacer tous. Voici comment il est décrit dans la *Gazette des hôpitaux*.

Procédé de M. Raciborski. « Il se sert, pour cela, d'une vessie de porc dont la capacité est proportionnelle à la quantité du liquide que l'on doit évacuer ; il la trempe dans l'eau pour la ramollir et il la tord ensuite pour en chasser l'air ; il fixe enfin l'orifice de la vessie autour de la canule du trocart armé, dont la poignée se trouve entièrement coiffée par le fond de cette vessie. La ponction est faite comme à l'ordinaire, si ce n'est que la main presse sur cette enveloppe extérieure, en même temps que sur le manche de l'instrument pour en retirer ensuite la lame, en l'abandonnant dans la cavité close que présente la vessie. Celle-ci se déplisse et se distend à mesure que le liquide s'écoule dans son intérieur par la canule, et le foyer morbide se trouve ainsi à l'abri de la pénétration de l'air. »

J'ajoute que pour s'opposer à la pénétration de l'air quand on retirera la canule, on doit, à l'exemple de M. Trousseau, avant de faire la ponction, relever la peau de l'espace intercostal inférieur à celui où l'on veut la pratiquer jusqu'au niveau de celui-ci, de manière qu'au moment où l'on retire l'instrument, le tégument reprenant sa place, l'ouverture qu'on y a faite n'est plus vis-à-vis de l'ouverture du muscle et de la plèvre, mais dans un espace intercostal au-dessous.

Injections. Les injections sont employées soit pour favoriser l'écoulement d'un liquide trop épais, soit pour imprimer une modification aux surfaces qui le produisent, soit enfin pour en empêcher la décomposition. Les premières sont simplement *aqueuses ;* les secondes sont ordinairement *excitantes ou caustiques :* ainsi les *infusions aromatiques*, la *décoction de quinquina*, le *nitrate d'argent ;* enfin les troisièmes, composées *d'huile et de vin*, selon la prescription de M. Récamier, ne doivent être employées qu'à une époque assez avancée de la maladie. Les faits nous manquent pour déterminer la valeur de ces injections ; on ne peut donc se livrer qu'à des conjectures. Parmi les observations citées par M. Sédillot, il en est

(1) *Séances de la Soc. de chir.*, dans *Gaz. des hôp.*, 27 novembre 1849.

quelques unes où des injections ont été pratiquées et où la guérison a eu lieu ; mais cela prouve-t-il qu'il faille attribuer à l'injection la guérison elle-même? Non, sans doute ; car ces faits isolés ne sauraient être appréciés convenablement.

Je n'ajouterai rien relativement à l'introduction de l'air dans la plèvre ; tout le monde connaît les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet. Je me contenterai de dire que, d'après un bon nombre d'observations, cet accident, qu'il faut toujours, autant que possible, éviter, n'a pas cependant autant de danger que quelques auteurs ont voulu le dire. Ainsi M. Renard (1) rapporte des faits dans lesquels l'air entrait par la canule à chaque pansement, sans qu'il y eût autre chose qu'un peu de fétidité du pus qui n'a point empêché la guérison d'avoir lieu aussi promptement que dans des cas où ce phénomène n'avait pas été observé. Toutefois, d'après les faits rapportés par M. Gendrin, on doit penser qu'il n'en serait pas de même si on laissait l'air entrer librement par une large incision.

Il est inutile de donner des ordonnances pour résumer ce traitement, puisque les moyens indiqués ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été indiqués à l'article *Pleurésie aiguë*, et qu'il est facile de distinguer, suivant les cas, ceux sur lesquels il importe d'insister.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Diurétiques ; préparations mercurielles ; exutoires ; révulsifs ; opiacés ; opération de l'empyème.

ARTICLE V.

HYDROTHORAX.

Ce que j'ai dit plus haut relativement aux divers épanchements dans la plèvre simplifie beaucoup ce qui me reste à dire du véritable hydrothorax. J'ai réservé ce nom à l'épanchement de sérosité sans inflammation ; mais cette maladie est si rarement idiopathique, qu'il n'en existe pas une seule observation bien authentique. Il s'ensuit que je n'ai point ici à m'étendre sur cette affection, qui n'a pas d'intérêt réellement pratique, si ce n'est comme complication. J'aurai à y revenir dans la description de plusieurs autres maladies.

Je me contenterai de dire que les signes physiques de l'hydrothorax sont ceux de la pleurésie ; que néanmoins, vu l'absence de fausses membranes, le changement de niveau de l'épanchement, suivant la position du malade, est plus souvent observé ; que les symptômes généraux appartenant en propre à l'hydrothorax sont difficiles à préciser, par les raisons que j'ai exposées plus haut, et que, dans tous les cas, ils n'ont qu'une faible intensité : enfin que le traitement de cette maladie consiste : 1° dans les moyens propres à combattre l'affection primitive, et 2° dans l'emploi des remèdes ordinairement dirigés contre l'hydropisie, tels que les sudorifiques, les diurétiques, etc., remèdes que j'indiquerai en détail quand il sera question de l'anasarque.

Je veux seulement faire connaître ici un traitement remarquable par l'énormité de la dose employée. C'est celui du docteur Saussure (2).

M. de Saussure n'a pas craint d'administrer la digitale à la dose de 60 grammes

(1) *Annal. de la méd. physiol.*, t. VII, p. 472 ; 1825.

(2) *The southern Journ. of med. and pharmacy*, mars 1847 (*Traitem. de l'hydroth. par la digitale à haute dose*).

toutes les deux heures en infusion, d'en donner ainsi 360 grammes le premier jour, et de la continuer à la dose de 13 grammes toutes les deux heures les trois jours suivants. De deux sujets ainsi traités, l'un a guéri, l'autre a été soulagé par la disparition de l'hydrothorax (il avait une maladie de cœur). Mais ils ont eu des vomissements, de la diarrhée, des urines fréquentes, des vertiges, des hallucinations de la vue; en un mot, les symptômes de l'empoisonnement par la digitale. Ne court-on pas de grands risques en employant de si hautes doses?

Si je n'insiste pas davantage sur cette affection, c'est pour ne pas embarrasser inutilement la pratique de descriptions et d'indications qui ne trouvent pas une application bien déterminée.

APPENDICE.

Phthisie bronchique.

Quelques auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies des enfants ont, dans ces derniers temps, fait des recherches sur la tuberculisation des ganglions bronchiques. Il est très rare que cette lésion existe sans qu'en même temps les poumons offrent des tubercules à un degré avancé. Dans ces cas, la phthisie pulmonaire étant la maladie principale, elle seule mérite l'attention du praticien, et par conséquent je n'ai point à m'en occuper ici. Mais quelquefois les tubercules occupent exclusivement les ganglions bronchiques, et l'on a à craindre quelques erreurs de diagnostic qui pourraient influer d'une manière fâcheuse sur le pronostic. Je me contenterai d'indiquer sommairement ce que MM. Rilliet et Barthez, dont les recherches sont les plus exactes, nous ont récemment appris sur ce point (1).

Les *symptômes* des tubercules des ganglions bronchiques sont des signes de congestion, d'œdème de la face, résultant de la compression exercée sur la veine cave supérieure; l'*hémoptysie* et l'*œdème du poumon* occasionnés par la compression des vaisseaux pulmonaires; l'*altération de la voix*, et des *accès de dyspnée* lorsque le nerf pneumo-gastrique est comprimé; des *râles sonores* dans la poitrine ou un *affaiblissement du bruit respiratoire* dû à la compression des tubes bronchiques; une *respiration bronchique* très forte, transmise de la trachée à l'oreille par la tumeur ganglionnaire, faisant l'office de conducteur.

Tels sont les phénomènes locaux que produit la tuberculisation des ganglions bronchiques dans les cas rares où elle est simple. Il faut ajouter que les symptômes de cette affection ont une *marche moins continue* que ceux de la phthisie pulmonaire, et que la congestion sanguine peut donner lieu à l'*hémorrhagie de l'arachnoïde*. En voilà assez sur cette lésion, qui n'intéresse le praticien que sous un point de vue limité.

CHAPITRE VII.

MALADIES THORACIQUES SANS SIÉGE DÉTERMINÉ.

Malgré toutes les recherches auxquelles on s'est assidûment livré dans ces dernières années, il est quelques affections des organes respiratoires auxquelles on n'a

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XV, p. 448.

pu trouver aucune cause matérielle bien évidente. Je vais en présenter l'histoire dans ce chapitre, qui renfermera ce qu'il nous reste encore à dire sur les maladies des voies respiratoires.

L'*asthme essentiel* et la *coqueluche* sont les deux seules affections dont je crois devoir m'occuper ici ; les *dyspnées*, qu'on observe dans certaines névroses, trouveront leur place lorsque j'aurai à tracer la description de ces dernières maladies; et quant à l'*asphyxie*, qui semble bien plus particulièrement appartenir aux maladies des organes respiratoires, voici quels sont les motifs qui m'engagent à en présenter ailleurs la description : L'asphyxie est une maladie principalement caractérisée par la non-artérialisation du sang, d'où naissent tous les symptômes. Le défaut de respiration et l'inspiration de gaz délétères ne sont, à proprement parler, que la cause déterminante de l'affection, et, à mon sens, on ne peut pas plus regarder l'asphyxie comme une maladie des poumons, que l'empoisonnement par des substances ingérées dans l'estomac ou placées dans le tissu cellulaire comme une affection purement locale. L'histoire de l'asphyxie sera donc bien plus convenablement placée à la suite des maladies des voies circulatoires, qui seront le sujet du volume suivant.

ARTICLE I.

ASTHME.

Longtemps on a désigné par la dénomination d'*asthme* toute dyspnée qui présentait un caractère marqué d'intermittence, tandis que l'on conservait le nom de *dyspnée*, ou qu'on donnait celui d'*orthopnée* aux gênes de la respiration qui accompagnaient d'autres maladies connues; on a vu plus haut, à l'article *Emphysème*, ce qu'il faut penser de cette manière de voir. Aujourd'hui il est évident que le plus grand nombre des cas désignés sous le nom d'*asthme* appartient à l'emphysème pulmonaire. Il serait donc inutile de tenir compte des diverses espèces admises par les anciens, et qui toutes étaient tirées de circonstances diverses. Suivant Sauvages, qui distinguait l'asthme de la dyspnée parce que celle-ci est continue, et de l'orthopnée parce que celle-ci est une maladie aiguë, on devait admettre dix-huit espèces d'asthmes, toutes décrites par différents auteurs ; je me contenterai de citer pour exemple l'*asthme humide* de Rivière, l'*asthme convulsif* de Willis, *hystérique* de Baglivi, *arthritique* de Murgrave, *exanthématique* de Fr. Hoffmann, *des bossus* d'Hippocrate, etc. Aujourd'hui ces divisions n'ont plus aucune importance, même en les réduisant à un plus petit nombre, ainsi que l'a fait Borsieri (1). Je vais donc, sans m'arrêter davantage à des recherches historiques qui ne pourraient nous conduire à aucun résultat, examiner quelques cas présentés comme des exemples d'asthme nerveux essentiel.

Laënnec (2) admet l'existence d'un *asthme spasmodique*, qu'il cherche à établir par un grand nombre de considérations, tirées principalement d'une observation dont je vais dire un mot. Il s'agit d'un homme de quatre-vingt-deux ans, qui,

(1) *Inst. med. pract.*; Lips., 1798, t. IV, p. 184.
(2) *Traité de l'ausc. médiate*, t. II, p. 263.

ayant eu habituellement la respiration un peu courte, présentait, depuis l'âge de cinquante ans, des attaques d'asthme toutes les fois qu'on fermait la porte de sa chambre à coucher et qu'on éteignait la lumière. Chez ce sujet, Laënnec ne trouva que les signes d'un catarrhe pituiteux. Dans un autre cas qui lui a été rapporté par un médecin, un accès de dyspnée survenait lorsque le sujet éprouvait l'action du grand air.

Plus récemment, M. le docteur Amédée Lefèvre a publié un mémoire (1) dans lequel il rapporte sa propre histoire. On y voit qu'il était sujet à des accès très violents de dyspnée, qui arrivaient tout à coup, surtout pendant la nuit, et lorsqu'il était absent de chez lui. Dans l'intervalle de ces accès, le calme se rétablissait complétement. Le même auteur cite une observation à peu près semblable, communiquée par un de ses collègues, qui en est aussi le sujet. Dans les divers cas que je viens d'indiquer, et dans plusieurs autres que je ne mentionne pas, parce que les observations ne sont point aussi détaillées, on n'a, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, rien trouvé qui pût expliquer ces accès de dyspnée si considérables. On est donc autorisé, jusqu'à la preuve du contraire, à regarder cette affection comme purement spasmodique, et à admettre l'existence d'un *asthme essentiel*. Mais les cas de ce genre sont extrêmement rares : on en est convaincu lorsqu'on remarque que, dans nos hôpitaux, où l'on étudie avec tant de soin les maladies de poitrine, on n'en observe presque jamais d'exemples. Aussi vais-je me borner à une très courte description de cette maladie.

Causes. Nous ne connaissons pas la cause de l'asthme lui-même, mais on a pu saisir assez souvent la cause des accès. C'est tantôt l'occlusion de l'appartement occupé par le malade, l'obscurité, l'impression de l'air, les odeurs, les variations barométriques, etc.; tantôt une cause morale, comme une vive contrariété, un accès de colère; tantôt des circonstances particulières, comme le séjour loin de sa demeure (Amédée Lefèvre), etc., etc.

Début. Ces accès se déclarent quelquefois tout à coup; d'autres fois ils sont annoncés par des pandiculations, des éructations, une pesanteur à l'épigastre, en un mot par des symptômes nerveux assez semblables à ceux qu'on observe au début des attaques d'hystérie. Quelquefois même on a observé des mouvements convulsifs et un dégagement extraordinaire de gaz dans l'intestin (Laënnec).

Symptômes. L'accès une fois déclaré, la dyspnée devient très grande; il se produit à chaque inspiration un *sifflement* qui s'entend à une assez grande distance, tandis que l'expiration est ordinairement silencieuse ou très peu bruyante. Les malades sont obligés de se cramponner à un corps solide pour respirer; il y a congestion de la face, expression d'effroi, et tous les signes de suffocation que j'ai déjà eu l'occasion de décrire plusieurs fois. L'accès se termine par certains phénomènes particuliers, dont les plus fréquents sont une expectoration d'une matière plus ou moins épaisse, et quelquefois filante comme dans la coqueluche, ou bien des urines abondantes et limpides, comme à la fin d'une attaque d'hystérie. Je ne décrirai pas les diverses sensations qu'éprouvent les sujets, dans le cou, au niveau du larynx et dans la poitrine. Elles sont très variées, mais en général elles se rapprochent d'un *sentiment de strangulation* et de *resserrement* incommode.

(1) *Recherches sur la nature et le traitement de l'asthme*; Paris, 1847, in-8°.

Marche; durée; terminaison. L'asthme essentiel est remarquable par sa marche, qui forme un de ses principaux caractères; ce sont des accès bien tranchés et séparés par des intervalles dans lesquels la santé et la liberté de la respiration se rétablissent beaucoup plus complétement que dans toute autre espèce de dyspnée. La *durée* de la maladie est indéfinie. Généralement l'asthme se prolonge jusqu'à la fin de l'existence. Quant au *retour des accès*, il varie beaucoup, non seulement chez les divers sujets, mais encore chez le même individu. Quelquefois les intervalles sont de plusieurs mois, d'autres fois ils sont rapprochés. M. le docteur Maxime Simon rapporte plusieurs exemples d'asthmes revenant tous les jours, et dont les accès furent coupés par le sulfate de quinine (1).

Déjà Galeazzi et Boullon, cités par Alibert dans son *Traité des fièvres intermittentes pernicieuses*, avaient rapporté des cas semblables. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces cas, c'est qu'ils revenaient principalement la nuit.

Il n'existe point de *lésions anatomiques* propres à l'asthme qui vient d'être décrit; celles qu'on lui avait attribuées jusqu'à présent appartiennent à d'autres maladies.

Pour établir le *diagnostic* de cette affection, il faut constater d'une manière bien positive l'absence de toutes les lésions organiques qui pourraient donner lieu à la dyspnée, ce qui malheureusement n'a pas souvent été fait. Dans un cas où l'on voyait survenir tout à coup, pendant la nuit, un accès qui durait environ une heure, et qui ne se reproduisait qu'à de très longs intervalles (six mois, un an et plus), j'ai pu constater l'intégrité parfaite de tous les organes, et de plus, des symptômes nerveux qui avaient lieu dans les intervalles m'ont porté à regarder cette affection comme étant de nature hystérique.

Le *traitement* de l'asthme a beaucoup varié, suivant que les auteurs ont envisagé la maladie comme le résultat d'une lésion organique ou simplement comme une affection nerveuse. La plupart ont indiqué des moyens très nombreux, mais dont il est très difficile d'apprécier la valeur. Fr. Hoffmann (2) recommande les *purgatifs légers;* mais il proscrit avec énergie les purgatifs drastiques, tels que la gomme-gutte, la coloquinte, le jalap. Il regarde comme un moyen très efficace l'*émétique* à doses réfractées.

Un grand nombre d'auteurs ont préconisé l'emploi des *dérivatifs*, tels que les sinapismes aux extrémités, les *manuluves* et les *pédiluves sinapisés;* mais il n'y a rien dans l'emploi de ces moyens qui soit particulier à l'affection qui nous occupe. On lit dans Sprengel (3) qu'Hérodote conseillait les *bains de sable chaud;* c'est dans le même but qu'on pratique les *frictions sèches.* M. Lefèvre a remarqué que le soin de faire bassiner son lit, ou l'action d'un feu ardent avant de se coucher, l'ont souvent préservé d'un accès dont il ressentait déjà les avant-coureurs.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des *narcotiques* à l'article *Emphysème;* je me bornerai à remarquer que M. Lefèvre, ayant *fumé le datura stramonium*, en a éprouvé les heureux effets indiqués par les médecins anglais. Le docteur Luigi Colledani (4) conseille la *salsepareille fumée* dans de longues pipes à tête large et un peu recouverte. M. Michéa a cité des cas d'asthme soulagé par la

(1) *Journ. des connaiss. médico-chir.*, juin 1842.

(2) *Opera omnia;* Genev., *De asth. conv.*, sect. 2, cap. II; 1798.

(3) *Hist. de la médecine*, trad. par A.-J.-L. Jourdan; Paris, 1815, t. II, pag. 90.

(4) *De la fumée de salsepareille dans l'asth. spasm.* (*Giornale per servire ai progr. della patologia*; 1848).

phellandrie (1) sous forme de sirop, à la dose de 2 à 4 cuillerées par jour.

Je me contente de mentionner, parmi les moyens conseillés, le *copahu* et la *menthastre* (*mentha rotundifolia*). Ce dernier médicament est donné en infusion (feuilles et fleurs) plusieurs fois par jour (2).

Je ne m'étendrai pas davantage sur le traitement par la *lobelia inflata*, vantée par le docteur Tott (3), parce qu'il faudrait, pour le juger, des faits plus nombreux et plus concluants.

Quelques auteurs conseillent la *saignée ;* d'autres, au contraire, la regardent comme toujours nuisible. Ce qu'il y a de certain, c'est que la saignée n'est utile que dans les cas compliqués, et que par conséquent ce n'est pas ici le lieu de l'appliquer.

Floyer (4) nous apprend qu'il se sentait très soulagé après avoir bu abondamment, le soir, de l'eau panée à laquelle il ajoutait un peu de *nitrate de potasse* et d'*hydrochlorate d'ammoniaque*. Un autre asthmatique se trouvait très bien de prendre en très grande quantité des boissons chaudes, tandis que chez d'autres ces moyens n'avaient pas le même résultat.

Dans un cas cité par le docteur Nicolo Frisi (5), les accès furent constamment arrêtés par des fumigations faites avec un papier épais et poreux plongé à deux reprises dans une forte solution de *nitrate de potasse*, puis séché. Il faut faire brûler ce papier dans la chambre du malade, ou le lui faire fumer dans une pipe.

Je n'insisterai pas davantage sur les divers moyens mis en usage contre l'asthme. Il est évident que, pour en parler avec connaissance de cause, il faut attendre que des recherches bien faites viennent dissiper les ténèbres qui environnent cette maladie. Passons donc immédiatement aux moyens hygiéniques, qui sont les seuls dans lesquels M. Lefèvre ait une véritable confiance.

Moyens hygiéniques. Suivant Baglivi, les asthmatiques doivent respirer l'air de la campagne ; mais cette recommandation est trop générale, puisque nous avons vu des malades éprouver des accès par la seule impression d'un air trop vif. Autant que possible, les sujets doivent habiter un pays où il n'existe pas de grande variations de température, et où surtout le froid ne devient pas très violent. Il faut qu'ils évitent de marcher contre le vent et de s'exposer à des courants d'air ; ils doivent éviter également les *grands efforts de la voix*, l'*inspiration de poussières irritantes*, etc. Quant au *régime*, il doit être, en général, doux et léger ; les boissons alcooliques seront surtout proscrites. M. Amédée Lefèvre cite Medicus et le docteur Mongellaz, pour prouver que dans certains cas où l'intermittence paraissait avoir un caractère de périodicité, le *quinquina* a réussi ; mais il faudrait pouvoir apprécier convenablement les observations. Celles de M. Max-Simon que j'ai citées plus haut sont beaucoup plus concluantes.

Telle est l'histoire de l'asthme essentiel. Si je l'ai présentée d'une manière aussi succincte, ce n'est pas qu'il ne m'eût été facile d'entrer dans de nombreux détails ; mais je ne crois pas qu'il soit utile pour la pratique de présenter ainsi des opinions théoriques ou des faits isolés, sans pouvoir en déterminer la valeur.

(1) *Bull. de thér.*, décembre 1847.

(2) *Bull. médical du Midi*, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1849.

(3) *Neue medic. chir. Zeitung.*

(4) *Traité de l'asth.*; Paris, 1761.

(5) *Il filiatre sebezio ;* 1843.

ARTICLE II.

COQUELUCHE.

La coqueluche est une des maladies qui doivent avoir été le plus anciennement remarquées. Elle présente, en effet, les caractères les plus tranchés et les plus frappants. Cependant, bien qu'on ait cherché dans Hippocrate et dans Avicenne l'indication de cette maladie, on ne peut faire remonter sa première description un peu exacte au delà de la fin du seizième siècle. Depuis lors, on a publié sur elle de nombreux travaux; mais on ne trouve ni dans les traités généraux de médecine, ni dans les recueils particuliers, beaucoup d'observations de cette affection; c'est avec assez de difficulté que j'ai pu en rassembler 16 cas empruntés à différents auteurs. Tout récemment MM. Barthez et Rilliet (1) ont analysé 29 observations dont 17 leur appartiennent, et M. Trousseau a donné le résultat numérique de 26 observations qu'il a recueillies à l'hôpital Necker (2).

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On ne peut définir la coqueluche qu'en exposant ses principaux caractères: elle est caractérisée par une toux convulsive, remarquable par ses quintes, dans lesquelles la respiration est suspendue, et qui se terminent par une longue inspiration sifflante, avec expectoration de mucosités filantes.

Cette maladie a reçu un grand nombre de noms différents; on l'a appelée *toux convulsive*, *quinteuse*, *toux bleue*, *tussis suffocativa*, *ferina*, *convulsiva*. Les Anglais la désignent principalement sous le nom de *hooping-cough*, etc., etc.

C'est une maladie *fréquente;* mais sa fréquence est très variable suivant les époques, c'est-à-dire que dans certains moments elle attaque un grand nombre d'enfants comme s'il y avait une véritable épidémie, que d'autres fois l'existence de l'épidémie ne peut être douteuse, et que dans d'autres temps on ne voit que des cas isolés.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La coqueluche attaque spécialement les enfants, et surtout des sujets de la première enfance. Sur 130 enfants affectés de cette maladie, M. Blache en a compté 106 âgés d'un à sept ans, et 24 seulement de huit à quatorze ans (3). Les adultes peuvent aussi, quoique très rarement, en être atteints. M. Guibert et M. Blache (4) en ont cité plusieurs exemples; il est peu de médecins qui n'en aient observé dans le cours de leur pratique. Suivant M. Blache encore, et d'après les relevés de Constant, cette affection attaquerait un peu plus souvent le *sexe* féminin que le sexe masculin. Sur 16 observations que j'ai rassemblées, il n'y a que 5 sujets du sexe masculin. La *constitution*, suivant un bon nombre d'auteurs, offrirait quelques circonstances qui feraient croire à une prédisposition à contracter la coque-

(1) *Mal. des enf.;* Paris, 1843.
(2) *Journ. de méd.*, janvier 1843.
(3) *Dict. de méd.*, t. IX, art. COQUELUCHE.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVI, et 2e série, t. III.

luche; mais MM. Rilliet et Barthez ont vu cette maladie attaquer indifféremment toutes les constitutions. Nous ne savons rien de positif sur le *tempérament*, pas plus que sur l'*hérédité*.

Quant aux *conditions hygiéniques*, la plupart des auteurs regardent comme causes prédisposantes de la coqueluche l'habitation dans un lieu humide, sombre, mal aéré; une mauvaise nourriture, des vêtements insuffisants, en un mot presque toutes les conditions hygiéniques que l'on peut appeler mauvaises. L'existence de ces causes est très admissible, mais leur degré d'influence n'est point rigoureusement constaté. Suivant MM. Rilliet et Barthez, la coqueluche survient indifféremment dans toutes les *saisons*, et, d'après tous les auteurs, on la voit se montrer également dans tous les *climats*.

Tel est le peu que nous savons sur les causes prédisposantes de la coqueluche.

2° Causes occasionnelles.

Le caractère *contagieux* de cette maladie est démontré par des faits très nombreux et par l'absence de toute récidive; aussi aujourd'hui n'élève-t-on pas de doutes à ce sujet. Quelques auteurs pensent que la contagion ne peut avoir lieu qu'au moment où la maladie a atteint son plus haut degré de développement, et d'autres, au contraire, dans la période de déclin. Il est impossible de se prononcer à cet égard.

La coqueluche peut régner *épidémiquement ;* les nombreuses relations d'épidémies citées par les auteurs de tous les pays en sont une preuve incontestable, On a cité quelques cas où les enfants semblaient avoir contracté, par *imitation*, la toux convulsive de la coqueluche, mais ces observations auraient besoin d'être répétées.

On a vainement cherché dans les variations de la température et dans les diverses circonstances où se trouvent les enfants la cause de ces cas isolés de coqueluche qu'on voit apparaître de temps en temps.

§ III. — Symptômes.

On a admis dans la coqueluche trois périodes : la première est la période catarrhale, ou *catarrhe précurseur ;* la seconde est la période spasmodique, ou la coqueluche confirmée, et la troisième est caractérisée par un amendement marqué les symptômes.

Catarrhe précurseur. Chez la plupart des sujets, la maladie commence comme un simple catarrhe. Dans 15 cas, M. Trousseau n'a vu manquer ce *catarrhe initial* que 2 fois seulement. Sur 16 cas que j'ai rassemblés, 14 seulement font mention de l'état du malade dans les premiers temps, et 14 fois le catarrhe initial a été noté. Ce catarrhe s'annonce par des signes un peu différents de ceux de la bronchite ordinaire. Il y a, de plus que dans cette dernière, de l'*abattement*, de la *tristesse*, de l'*assoupissement*, un certain degré d'*anxiété* et d'*irritation*. Quelques auteurs ont cru trouver dès ce moment, dans la toux, un caractère particulier; mais ce caractère n'a point été convenablement décrit par eux. Ces signes sont, comme on le voit, peu tranchés, et l'on conçoit qu'à cette époque il soit très difficile, à moins de circonstances particulières, de soupçonner l'apparition de la coqueluche.

Début de la toux convulsive. Dans le plus grand nombre des cas, cette toux particulière a été, comme nous venons de le voir, précédée des symptômes de la bronchite ; mais quelquefois aussi on voit la maladie se déclarer d'emblée et commencer par une quinte ou par quelques phénomènes spasmodiques particuliers, sur lesquels M. Trousseau a insisté. En général, les *quintes* sont d'abord faibles, courtes et séparées par d'assez longs intervalles ; mais bientôt la maladie acquiert son plus haut degré d'intensité et se présente avec les caractères suivants :

Elle est essentiellement intermittente, et consiste, ainsi que je l'ai déjà dit, en quintes de toux extrêmement frappantes, qui se manifestent à de plus ou moins longs intervalles. Ces quintes commencent quelquefois brusquement, et le sujet en est saisi au moment où il semble y penser le moins ; d'autres fois, au contraire, elles sont précédées d'un chatouillement dans la gorge et de douleurs vagues dans la poitrine ; c'est dans les observations prises chez les adultes qu'on a constaté l'existence de ces signes avant-coureurs de la quinte. MM. Rilliet et Barthez ont vu, au milieu du calme, les enfants devenir tout à coup irritables, s'agiter et se précipiter sur leur crachoir. Cet état, ordinairement très court, mais qui quelquefois dure plusieurs minutes, annonce l'invasion d'une quinte. M. Lombard, cité par ces auteurs, a vu des *nausées* très fatigantes précéder de quelques minutes l'apparition de la toux convulsive.

Bientôt l'enfant se met à son séant, il cherche à saisir un point d'appui solide, et aussitôt commence une série très rapide de secousses de toux courtes et réitérées, qui n'ont lieu que par des mouvements brusques d'expiration. Pendant ce temps, tout l'air contenu dans la poitrine ayant été chassé, et l'hématose ne pouvant plus avoir lieu, on voit apparaître des symptômes remarquables d'asphyxie : la face est tuméfiée, violacée ; les yeux sont saillants et larmoyants ; les veines gonflées ; les battements des artères annoncent la gêne énorme de la respiration, et par suite de la circulation ; c'est alors qu'on a vu se produire, par le nez, la bouche et les oreilles, des *hémorrhagies* sur lesquelles les auteurs des siècles derniers ont longuement insisté, et qui, d'après les recherches récentes, n'ont lieu que dans des cas exceptionnels, ou peut-être dans certaines épidémies ayant une forme particulière. Dans 2 cas observés par M. Trousseau, il y a eu des hémorrhagies remarquables : un des deux enfants avait un écoulement de sang par la conjonctive, et l'autre une épistaxis assez abondante pour inspirer des craintes sérieuses.

Tels sont les principaux caractères de la quinte. Il est néanmoins quelques autres phénomènes qui, sans avoir la même importance, méritent d'être mentionnés. On a noté, dans les cas où les quintes étaient très fortes, une sueur froide couvrant tout le corps, et plus particulièrement la tête, le cou et les épaules (Blache), des vomissements de matières alimentaires ou de simples mucosités, et, plus rarement, des évacuations involontaires, la formation de hernies, en un mot, les accidents qui peuvent résulter de la violente contraction des muscles abdominaux. Dans des cas encore plus rares, on a observé des mouvements convulsifs généraux, et chez un adulte dont M. Blache rapporte l'histoire, il y avait des syncopes fréquentes. Quelques auteurs, et en particulier J. Frank, ont beaucoup insisté sur l'éternuement, qui n'est cependant pas un phénomène important de la maladie.

Au bout d'un temps ordinairement assez court, ces signes de suffocation commencent à se dissiper. Quelques petites inspirations saccadées se montrent d'abord ;

puis une *inspiration longue*, *sifflante*, pendant laquelle les malades se redressent et dilatent fortement leur poitrine, vient terminer la quinte. Cependant on ne peut point regarder celle-ci comme entièrement finie, si l'on n'observe l'expectoration d'un *liquide incolore filant*, plus ou moins abondant, et accompagné souvent de vomissements de matières alimentaires. On a vu, en effet, et MM. Rilliet et Barthez en ont observé un exemple remarquable, la quinte se diviser, pour ainsi dire, en deux parties, de telle sorte qu'après un instant de calme la toux convulsive reparaissait : c'est ce qu'on appelle la *reprise*.

Lorsque les quintes se produisent à de très courts intervalles pendant un certain nombre de minutes, on dit qu'il y a un *accès*. La quinte elle-même ne dure pas plus d'un quart à trois quarts de minute. Les cas où cette limite est dépassée sont rares. Le nombre des quintes est très variable. MM. Rilliet et Barthez en ont souvent compté une vingtaine dans les vingt-quatre heures, quelquefois beaucoup moins et quelquefois beaucoup plus; ainsi ils en ont noté jusqu'à 48, et, dans un cas exceptionnel, 72. M. Trousseau est arrivé à des résultats à peu près semblables. Les quintes vont généralement en augmentant jusqu'à une époque que MM. Rilliet et Barthez ont vue correspondre ordinairement du vingt-huitième au trente-neuvième jour de la maladie; arrivées à ce maximum, elles restent stationnaires pendant un nombre de jours variable, puis décroissent d'une manière très rapide. Les mêmes auteurs ont remarqué que, pendant la période où les quintes étaient les plus violentes, elles étaient aussi plus fréquentes la nuit; dans le cas contraire, elles étaient plus fréquentes le jour. Quant à la durée totale de la période des quintes, ils l'ont vue varier de quinze, à soixante-quinze jours; ordinairement elle a été de trente à quarante jours.

La cause de ces quintes est souvent très difficile à reconnaître. Suivant M. Blache, l'impression du froid, les cris, les pleurs, une course rapide, une contrariété, la distension de l'estomac, suffisent pour les provoquer. Il faut y joindre les odeurs fortes, les émanations pénétrantes et l'aspect d'un autre sujet en proie à une quinte. L'observation a encore beaucoup à faire pour déterminer l'influence de ces causes. Entre les accès et les quintes isolées, la respiration, à moins qu'il n'existe une complication, redevient tout à fait normale, et les malades paraissent n'éprouver aucune altération dans leur santé.

On a, pendant la quinte elle-même, observé quelques phénomènes qui méritent d'être indiqués. A l'aide de l'*auscultation*, on a examiné ce qui se passait dans la poitrine pendant les grands efforts de l'enfant pour y faire pénétrer l'air, et pendant l'inspiration sifflante. Il est inutile de dire qu'au fort de la quinte on n'entend pas de bruit respiratoire, puisqu'alors il n'y a que des mouvements d'expiration; au moment même où se produisent les inspirations saccadées, on n'entend point à la périphérie du poumon le murmure vésiculaire; l'air ne pénètre pas au delà des premières divisions bronchiques. Pendant l'inspiration sifflante qui se passe dans le larynx, l'air n'arrive pas non plus dans les vésicules; mais immédiatement après, on y entend le bruit respiratoire avec tous ses caractères normaux.

Après l'accès, les sujets éprouvent dans la poitrine des *douleurs* plus ou moins vives. Dans des cas où le siége de ces douleurs a été précisé, on les a vues occuper principalement les attaches du diaphragme. On a noté aussi la pesanteur de la tête, la bouffissure de la face, un état de malaise plus ou moins marqué, l'accélération

de la respiration et du pouls, le tremblement convulsif des membres; mais, ainsi que le fait remarquer M. Blache, ces phénomènes ne s'observent que dans les quintes intenses, et ils n'ont qu'une courte durée.

L'*état général* ne présente rien de remarquable, lorsque la maladie est simple et qu'elle n'a pas eu déjà une très longue durée; mais, dans le cas contraire, on observe soit les symptômes de la complication, soit des phénomènes qu'on ne peut rapporter qu'à la coqueluche elle-même. M. Blache a vu, dans des coqueluches de très longue durée, les enfants perdre leurs forces et tomber dans le dépérissement. Il a noté aussi des symptômes nerveux graves, du délire, de la fièvre, une tympanite que l'observation la plus attentive ne pouvait rapporter à aucune complication. Chez un enfant de treize mois, observé dans le service de M. Trousseau (1), il survint des *convulsions* suivies de mort.

Lorsque la maladie tend à la guérison, qu'elle est dans la *période de déclin*, le nombre des quintes diminue sensiblement; en même temps elles deviennent moins longues et moins pénibles, et l'expectoration qui les termine se fait avec plus de facilité; puis la toux devient plus grasse, elle perd en partie ce caractère quinteux qui caractérise la coqueluche, ou bien elle ne le présente que par moments, et enfin elle est remplacée par les symptômes d'un catarrhe ordinaire, qui ne tarde pas à se terminer, dans les cas simples, par le retour à la santé.

Les *complications* sont fréquentes chez les enfants affectés de coqueluche; tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Le catarrhe pulmonaire aigu et la pneumonie sont les complications les plus communes. Viennent ensuite la bronchite, les hémorrhagies, la tuberculisation, certaines hydropisies, la pleurésie, l'entérite, la méningite, etc. MM. Rilliet et Barthez, se fondant sur leur observation, n'ont point admis parmi les complications l'emphysème, que quelques auteurs ont voulu y faire entrer.

Tels sont les symptômes de la coqueluche observés spécialement chez les enfants. Mais nous avons vu plus haut que cette maladie s'observait aussi chez *les adultes;* il importe donc d'examiner si l'âge apporte quelques différences dans ses symptômes. M. Guibert est l'auteur qui s'est le plus occupé de cette question, et des faits qu'il a recueillis il a conclu que la principale différence était l'absence, chez les adultes, de l'inspiration sifflante, si remarquable chez les enfants. Mais cette différence n'est pas constante, et M. Guibert l'a reconnu lui-même, puisqu'il a observé un cas où l'inspiration sifflante était très marquée. M. Blache a cité un cas du même genre. Il n'en est pas moins digne de remarque que chez l'adulte un symptôme aussi caractéristique puisse manquer. On trouve naturellement, sous ce rapport, une analogie entre la coqueluche et le croup, dans lequel nous avons vu souvent manquer chez l'adulte les altérations de la respiration, les plus notables chez l'enfant. Chez l'adulte, l'*inspiration* est *seulement prolongée* dans la coqueluche.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Dans la grande majorité des cas, la coqueluche a une *marche* d'abord croissante, puis stationnaire, puis enfin décroissante. Quelquefois cette marche est plus irré-

(1) *Bull. thér.*, octobre 1847.

gulière, et après quelque temps d'une amélioration passagère, on voit se reproduire les symptômes avec une intensité nouvelle. On n'a point cité de cas dans lesquels il y eût une périodicité bien marquée. M. Guibert a vu l'accouchement suspendre momentanément les quintes ; M. Trousseau, et avant lui plusieurs auteurs anciens, ont vu le même effet produit par des affections fébriles intercurrentes.

La *durée* de la maladie est, comme nous l'avons vu, très variable ; bien rarement elle se termine en moins de quinze jours, et quelquefois elle se prolonge pendant deux mois ou même davantage. Quelquefois l'une des trois périodes est très courte, tandis que les autres sont très longues.

La *terminaison* de la maladie est très différente, suivant que la coqueluche reste simple ou se complique d'une autre affection. Dans le premier cas, elle se termine presque constamment d'une manière favorable. Cependant quelques médecins ont vu des enfants succomber au milieu même d'une quinte (1). Dans les cas de complications, la mort survient très fréquemment, surtout s'il se manifeste une maladie grave de poitrine, comme la pneumonie ou la phthisie.

§ V. — Lésions anatomiques.

On admet généralement aujourd'hui qu'il n'existe pas de lésions anatomiques propres à la coqueluche. Les inflammations des bronches, du poumon, des nerfs pneumogastriques, etc., qui ont été observées quelquefois, sont des complications ou de simples coïncidences. C'est ce qui a fait dire à la plupart des auteurs que la maladie est une véritable névrose des voies respiratoires. Sans entrer à cet égard dans une discussion qui ne pourrait nous conduire à rien de positif, je dirai seulement qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître le caractère spasmodique de la maladie.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de la coqueluche est facile. Cependant MM. Rilliet et Barthez ont pensé qu'on pourrait la confondre avec la bronchite aiguë quinteuse, et la tuberculisation des ganglions bronchiques. Voici, d'après ces auteurs, quels sont les caractères qui peuvent servir à les distinguer. La coqueluche a ordinairement une période catarrhale qui précède les quintes ; celles-ci se terminent par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et les vomissements. Quand l'affection est simple, elle est apyrétique, et la respiration est naturelle entre les quintes. Elle n'a lieu qu'une fois. La *bronchite aiguë quinteuse* commence souvent d'une manière brusque par des quintes ; celles-ci sont moins intenses, et ne se terminent pas par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et le vomissement ; il y a une fièvre intense dès le début, du râle sibilant, muqueux, sous-crépitant ; ces symptômes sont continus. La maladie peut se reproduire à plusieurs reprises.

Quant à la *tuberculisation des ganglions bronchiques*, elle se distingue de la coqueluche en ce qu'elle n'est ni contagieuse ni épidémique, qu'elle n'a pas de périodes distinctes, que les quintes très courtes ne se terminent ni par l'inspiration

(1) Lancisi, *De subit. mort.*, lib. I, cap. XVIII, et M. Combes Brassard, *Essai sur les mal. des enfants.*

sifflante, ni par l'expectoration filante, ni par le vomissement ; qu'il y a des sueurs, de l'amaigrissement, en un mot les signes de la phthisie ; que parfois même le timbre de la voix est voilé. Ce second diagnostic a, comme on le voit, moins d'importance que le premier.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la coqueluche et de la bronchite aiguë avec quintes.*

COQUELUCHE.	BRONCHITE AIGUE QUINTEUSE.
Catarrhe initial	Souvent *début brusque* par des quintes.
Quintes terminées par l'*inspiration sifflante, l'expectoration filante et les vomissements.*	Quintes moins intenses ; *pas d'inspiration sifflante, d'expectoration filante,* ni de vomissements.
Affection *apyrétique* dans l'état de simplicité.	*Fièvre intense* dès le début.
Respiration *naturelle*. Murmure respiratoire pur dans l'intervalle des quintes.	*Divers râles* dans la poitrine.
N'attaque les sujets qu'*une fois*.	Peut attaquer les sujets *plusieurs fois*.
Symptômes *intermittents*.	Symptômes *continus*.

2° *Signes distinctifs de la coqueluche et de la tuberculisation des ganglions bronchiques.*

COQUELUCHE.	TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES.
Affection *contagieuse*, souvent épidémique.	Ni contagieuse, ni épidémique.
Quintes prolongées, se terminant par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et le vomissement.	*Quintes* très courtes, non terminées par l'inspiration sifflante, l'expectoration filante et le vomissement.
Point de *symptômes généraux* dans les cas simples.	*Symptômes de fièvre hectique.*
Voix naturelle.	Dans quelques cas, *voix altérée.*

Pronostic. Toute la gravité du pronostic dépend de l'existence des complications. Le médecin devra donc observer très attentivement la marche de la maladie, et examiner avec soin toutes les fonctions et tous les organes. L'existence de la fièvre et de symptômes généraux dans l'intervalle des quintes devra surtout éveiller son attention, car elle le mettra presque toujours sur la voie d'une complication. En général, la maladie offre d'autant plus de danger que le sujet est plus jeune et plus faible ; mais peut-on, d'après certains symptômes ou d'après la marche de la maladie, juger de sa gravité ? M. Trousseau a noté qu'en général la durée de l'affection était d'autant plus grande que le catarrhe initial s'était plus prolongé. Cependant c'est là une règle qui souffre de nombreuses exceptions. Enfin tous les auteurs ont constaté que la coqueluche est beaucoup plus grave à l'état épidémique qu'à l'état sporadique, caractère commun à toutes les affections.

§ VII. — Traitement.

Un très grand nombre de médicaments ont été recommandés dans la coqueluche, mais nous n'avons aucun travail d'observation qui puisse nous guider d'une manière bien sûre dans l'appréciation de ces divers moyens. D'un autre côté, comme on l'a vu, le nombre des observations qu'on peut se procurer dans les auteurs est trop limité pour que de leur relevé il puisse résulter quelque précepte

bien positif. Bornons-nous donc à exposer les diverses médications suivies, en indiquant plus particulièrement celles qui paraissent fondées sur l'expérience la plus éclairée.

Émissions sanguines. Les auteurs qui ont attribué la coqueluche au développement d'une bronchite ou d'une pneumonie ont naturellement recommandé les *émissions sanguines.* Sydenham, Huxham et Cullen préconisent ce moyen. D'un autre côté, MM. Rilliet et Barthez, se fondant sur l'absence de toute inflammation dans les cas simples, pensent que les saignées et les applications de sangsues, quelque répétées qu'elles soient, ne peuvent ni prévenir ni arrêter la coqueluche. Comment se prononcer en l'absence de l'analyse exacte d'un nombre suffisant de faits? Faut-il admettre, avec quelques auteurs, que dans certaines épidémies de coqueluche la saignée est très utile, tandis qu'elle est très nuisible dans d'autres? Mais qui nous prouve que ces auteurs n'étaient point dans l'erreur? Tant de causes ont pu les tromper, qu'il est bien permis d'avoir des doutes à cet égard. Ce que j'ai dit de la saignée générale s'applique aux saignées locales. Les uns veulent qu'on fasse des saignées dérivatives : ainsi Albert de Bonn recommande de pratiquer les émissions sanguines aux extrémités ; d'autres, au contraire, veulent qu'on les applique directement sur la poitrine, et quelques uns, comme Boisseau (1), ayant remarqué la congestion qui a lieu vers la tête, veulent qu'on applique les *sangsues* sur les tempes. Aujourd'hui les auteurs n'attachent qu'une très médiocre importance aux émissions sanguines dans les cas non compliqués.

Antispasmodiques. Dans une maladie caractérisée par des spasmes si violents, on a dû nécessairement recourir à la médication antispasmodique ; aussi un très grand nombre d'auteurs ont-ils mis en usage ces médicaments, dont les uns ont dit beaucoup de bien et les autres beaucoup de mal, sans qu'il soit possible de donner raison aux uns plutôt qu'aux autres. Le *musc*, le *camphre* et le *castoréum* ont été quelquefois administrés, mais moins souvent que l'*assa fœtida* et l'*oxyde de zinc.* C'est M. Kopp (2) qui a le plus insisté sur l'emploi de l'assa fœtida. Voici comment il l'administre :

℞ Assa fœtida.............	4 gram.	Sirop de guimauve........	30 gram.
Mucilage de gomme arabique	30 gram.		

F. s. a. une mixture. A prendre par cuillerées à café, de deux en deux heures, chez les enfants de trois à quatre ans. On augmentera ou on diminuera modérément la dose chez les enfants plus ou moins âgés.

Le docteur Caspari (3) a mis en usage une formule à peu près semblable. Ces deux auteurs assurent avoir retiré de bons effets de ce médicament, qu'il doit être assez difficile de faire prendre aux enfants ; aussi M. Kopp l'administre-t-il à ceux qui sont âgés de plus de quatre ans, sous forme de pilules, ainsi qu'il suit :

℞ Assa fœtida..............	6 gram.	Mucilage de gomme arabique....	Q. s.

Faites 30 pilules, à prendre 2, trois fois par jour. On pourrait encore, chez les enfants très jeunes, faire avaler ces pilules dans une petite quantité de confiture.

Cette formule est consignée dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez; les

(1) *Dict. abrégé des sc. méd.*, t. V.
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, p. 289.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 371.

mêmes auteurs rapportent que le docteur Samel prescrit matin et soir un lavement contenant de 60 à 120 centigrammes d'assa fœtida.

L'*oxyde de zinc* a été mis en usage par un très grand nombre d'auteurs, et notamment par Hufeland, Kleing, Starke, et plus récemment Guersant (1); mais encore ici nous n'avons pas de faits suffisants sur lesquels nous puissions asseoir notre jugement. C'est pourquoi je me borne à indiquer cette médication, afin que le praticien puisse la tenter de nouveau. Je ne dirai rien des autres antispasmodiques, tels que la *gomme ammoniaque*, la *liqueur de Mindererus*, etc., pour les mêmes raisons. L'*éther* a été administré dans le but de dissiper les quintes; mais l'observation ne nous a pas encore appris quel est son degré d'efficacité. Guersant (2) employait comme adjuvant les frictions sur la partie antérieure de la poitrine avec l'essence de térébenthine. Rien ne nous démontre que les résultats en soient très importants.

L'*oxyde de zinc* doit être administré, suivant le précepte de Guersant et de M. Blache, à la dose de 1 décigramme, toutes les deux ou trois heures, sans toutefois dépasser 75 centigrammes ou 1 gramme dans les vingt-quatre heures, car alors il agit comme purgatif (*loc. cit.*).

Narcotiques. Les narcotiques sont presque constamment mis en usage dans le traitement de la coqueluche. Il est assez difficile de se prononcer sur les avantages et les inconvénients de l'*opium;* les uns l'ont fortement préconisé, et les autres, tels que J. Frank et M. Brachet, ne lui attribuent qu'une efficacité fort équivoque. M. Berndt de Greisfwald (3), M. W. Meyer (4) et M. Baïé (5) ont employé les *sels de morphine* par la méthode endermique, à la dose de 0,030 à 0,060 gramme, et, disent-ils, avec succès. Quant à la *belladone*, elle a eu, surtout dans ces dernières années, une bien plus grande réputation. Hufeland la regarde presque comme un spécifique : il conseille de l'administrer du quinzième au vingtième jour de la maladie. M. Raisin assure l'avoir vue toujours calmer la toux, diminuer la fièvre, procurer un sommeil plus paisible. Ce médicament a été si généralement recommandé, qu'on est naturellement porté à lui attribuer une efficacité réelle. Ordinairement on le prescrit de la manière suivante :

1° Pour un enfant de moins de deux ans :

℞ Belladone en poudre....	0,40 gram.	Sucre en poudre............	1 gram.

Mêlez. Faites trente paquets. A prendre un par jour.

2° Pour un enfant de deux ans, on administrera deux paquets. Pour un enfant de six ans, quatre, etc.

Le docteur Pieper conseille de frictionner l'épigastre avec une pommade d'extrait de belladone, composée ainsi qu'il suit :

℞ Cérat................	30 gram.	Extrait de belladone.......	8 gram.

Mêlez exactement. Faites une friction deux fois par jour.

(1) *Bull. des sc. méd. de Férussac*, septembre 1828.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*; 1834.
(3) *Jahresbericht über die Fortschritte der gesam. Medic. in all. Land.*; Herausg. von Canstatt.
(4) *Rust's Magazine*, t. XXVIII.
(5) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 38.

M. Miquel de Neuerhaus accorde une grande confiance à la belladone; mais, à l'exemple d'un grand nombre d'auteurs, il établit une grande différence entre la racine fraîche et la racine desséchée : la première, en effet, a beaucoup plus d'activité, puisque 0,050 grammes suffisent pour causer de l'agitation chez un enfant de moins de deux ans. Cet auteur conseille (1) d'administrer la belladone à dose croissante, jusqu'à ce qu'il y ait un narcotisme commençant; puis il la diminue progressivement. Le docteur Kahleiss (2) associe la belladone à d'autres moyens, ainsi qu'il suit :

℞ Racine de belladone...	0,20 gram.	Fleurs de soufre lavées...	5 gram.
Poudre de Dower.....	0,50 gram.	Sucre blanc pulvérisé....	8 gram.

Mêlez. Divisez en vingt paquets. Un paquet toutes les trois heures, à deux ans; augmenter suivant l'âge.

Entre chaque prise une cuillerée à café de la potion suivante :

℞ Eau de camomille.......	30 gram.	Acide prussique de Vauquelin.	12 gouttes.
Sirop simple............	8 gram.		

Mêlez.

Les effets ne se manifestent parfois qu'au bout de cinq ou six jours.

M. le docteur Levrat Perroton (3) conseille, contre la coqueluche, la potion suivante :

℞ Eau distillée de laitue.....	125 gram.	Sirop de belladone........	8 gram.
de fleurs d'oranger....	8 gram.	Ammoniaque liquide.......	6 gouttes.
Sirop de pivoine..........	30 gram.		

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Il cite quatre observations peu concluantes.

Les préparations précédentes suffisent pour l'emploi de ce moyen, que M. Trousseau regarde comme simplement palliatif. Cependant on peut encore mettre en usage les fumigations, telles qu'elles ont été indiquées à l'article *Laryngite.*

La *ciguë* a également joui d'une grande réputation. Suivant M. Amstrong, elle réussit dans la coqueluche parvenue à la deuxième et à la troisième période. Voici de quelle manière ce médecin l'administre :

℞ Extrait de ciguë........	1 gram.	Eau commune.........	150 gram.
Eau de menthe........	150 gram.	Sucre blanc...........	70 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à café toutes les heures.

Dans une épidémie de coqueluche qui régna à Varsovie, Schlesinger dit avoir obtenu le plus grand succès en administrant la ciguë unie au tartre stibié (4). Voici comment il composait ce mélange :

℞ Tartre stibié.............................. 0,05 gram.

Dissolvez dans :

Eau.................................... 60 gram.

(1) *Arch. für mediz. Erfahrung;* 1829.
(2) *Journ. de Hufeland;* 1830.
(3) *Revue méd.*, juin 1844.
(4) *Bibl. médic.*, t. LVIII.

Délayez ensuite dans ce liquide :

Extrait de ciguë .... 0,10 gram.

Édulcorez avec :

Sirop de framboises .... 15 gram.

A prendre en deux jours.

L'*eau distillée de laurier-cerise* et l'*acide hydrocyanique* ont été exaltés par quelques uns et proscrits par d'autres. Il s'ensuit que les doutes les plus grands règnent sur leur efficacité ; et comme ces médicaments, et surtout le dernier, peuvent offrir de graves inconvénients, il est inutile d'en embarrasser le traitement.

Vomitifs. Les vomitifs ont toujours été en honneur dans le traitement de la coqueluche. Laënnec leur accordait une si grande confiance, qu'il voulait qu'on les répétât tous les jours, ou au moins tous les deux jours. Guersant place les vomitifs au premier rang des médicaments opposés à la coqueluche. Tout récemment M. Trousseau les a employés avec un grand succès, et il a vu qu'ils diminuaient très notablement le nombre des quintes, ainsi que Guersant l'avait annoncé d'une manière générale. L'*ipécacuanha* est le vomitif le plus souvent employé chez les très jeunes enfants.

On donne le sirop d'ipécacuanha par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce qu'il y ait eu de quatre à six vomissements. A *un âge plus avancé*, on peut l'administrer de la manière suivante :

♃ Ipécacuanha en poudre .... 0,50 gram.

Divisez en trois paquets. A prendre de quart d'heure en quart d'heure.

Enfin, à *un âge plus avancé encore*, M. Trousseau a prescrit la potion suivante :

♃ Tartre stibié	0,05 gram.	Sirop de sucre	15 gram.
Eau	100 gram.		

A prendre par cuillerées à café, jusqu'à ce qu'il y ait eu quatre ou cinq vomissements.

Le *sulfure de potasse* a, comme on le sait, une vertu purgative; peut-être est-ce à cette propriété qu'il faut attribuer ses bons effets dans la coqueluche. M. Blanc (1) l'a administré principalement dans le but de modifier l'expectoration, qui est fortement salée, et qui produit par là l'irritation des bronches, cause de tous les accidents. Il cite deux observations à l'appui de cette assertion. Voici comment il administre le sulfure de potasse :

Pour les enfants au-dessous de deux ans, 0,08 grammes ; de deux à cinq, 0,10 grammes ; de cinq à dix, 0,15 grammes ; de dix à quinze, 0,30 grammes ; et au-dessus de quinze ans, 0,45 à 0,50 grammes.

Incorporez le médicament dans une suffisante quantité de miel. A prendre en une fois.

Le sulfure de potasse étant une substance qui est loin d'être innocente, on sent qu'il faudrait, pour en démontrer l'efficacité, des faits plus nombreux et plus précis.

Le docteur Cajetan-Vachtl, de Vienne (2), a dit avoir employé avec un grand succès la potion suivante :

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 134.
(2) *Oesterreichische medicinische Jahrbucher*; 1843.

℞ Cochenille............	1 gram.	Sucre...............	30 gram.
Bitartrate de potasse.....	1 gram.	Eau bouillante........	200 gram.

Faites dissoudre. Dose : une forte cuillerée à café trois fois par jour, d'abord; puis augmenter. Ne préparez la potion que pour un ou deux jours, car elle s'altère facilement.

M. Bermewitz de Berlin (1) a également vanté cette préparation que j'indique afin qu'on puisse l'expérimenter.

Suivant M. Dumont, de Gand, le *gui de chêne* employé dans la coqueluche a des effets avantageux tels, qu'on peut les observer déjà au bout de vingt-quatre heures (2). C'est encore un sujet d'étude pour le praticien.

M. le docteur Guyot (3) conseille le *café à l'eau* qu'il administre comme il suit :

« Le café à l'eau, chaud et bien sucré, dit M. Guyot, donné à la dose d'une cuillerée à café jusqu'à deux ans, d'une cuillerée à conserve jusqu'à quatre, et d'une cuillerée à bouche au delà de cet âge, guérit, dans l'espace de deux à quatre jours au plus, les coqueluches les mieux caractérisées et les plus opiniâtres. Pour obtenir une guérison prompte et durable de cette affection, il importe de joindre à l'usage du café, répété deux fois au moins et trois fois au plus par jour, immédiatement après le repas, l'usage d'une alimentation composée de viandes grillées ou rôties, hachées menu si l'enfant ne peut bien les broyer par la mastication ; de diminuer l'usage du lait, de supprimer celui des fécules, sucreries, fruits, etc.

» Toutefois je dois dire que le café paraît présenter dans cette maladie un caractère tellement énergique, que son usage seul suffit à la guérison. »

Déjà M. Blache avait fait usage du café dans la coqueluche. Mais il ne paraît pas qu'il en ait obtenu des effets aussi avantageux. M. le docteur Cerise (4) a aussi administré le *café* à quatre enfants, et n'a obtenu qu'une amélioration passagère.

Purgatifs. Les purgatifs sont généralement regardés comme ayant moins d'avantages que les vomitifs. Un très grand nombre de ces médicaments ont été prescrits sans qu'il nous soit possible de distinguer quels ont été leurs effets. Le *calomel* est celui qui jouit de la plus grande réputation, surtout en Angleterre. Les purgatifs ne présentent d'ailleurs rien de particulier dans leur mode d'administration.

Sous-carbonate de fer. Parmi les préparations ferrugineuses, le sous-carbonate de fer est à peu près le seul qui ait été employé. Le docteur Steymann lui donne de grands éloges; mais comme il l'a administré en même temps que les calmants et les vomitifs, il est impossible de distinguer dans ses observations quel est le médicament qui a vraiment agi. Voici comment ce médecin administre le sous-carbonate de fer :

℞ Sous-carbonate de fer..	1,25 gram.	Sucre blanc................	Q. s.

Mêlez. Divisez en dix paquets. Dose : un paquet toutes les trois heures, pour les enfants de un à trois ans; augmenter la dose proportionnellement à l'âge.

On a été jusqu'à proposer la *vaccination* comme un remède contre la coqueluche. Des observations ont été publiées dans le but de prouver l'efficacité de ce moyen (5), mais on voit bientôt par leur lecture que rien n'est moins certain ;

(1) *Casper's Wochenschrift für die gesam.*; Heilkunde, 1844.
(2) *Bull. de thérap.*, septembre 1846.
(3) *Union médic.*, avril 1849.
(4) *Union médicale*, 28 avril 1849.
(5) *The med. Gazette of London*; 1833.

car, dans tous les cas, la maladie a duré assez longtemps pour pouvoir se terminer spontanément.

Le docteur Verhaeghe (1), d'Ostende, conseille le *séjour aux bords de la mer* et l'usage des *bains de mer*. Il cite quelques observations qui sont de nature à engager le praticien à avoir recours à ce moyen. Quelle est la part, dans ce traitement, du simple changement de lieu ? C'est ce que l'on ne saurait dire ; et cependant il ne doit pas être nul, puisque dans d'autres circonstances il a été très évident.

Le docteur A. Berger (2) a employé le *nitrate d'argent* à la dose d'un seizième ou un douzième de grain, d'abord trois fois, puis quatre fois par jour. C'est encore un de ces moyens pour lesquels il faut faire appel à l'expérience.

Cautérisation pharyngo-laryngienne. Récemment M. le docteur Eben Watson (3) a employé comme moyen principal la cautérisation de la membrane pharyngo-laryngienne à l'aide de la solution suivante :

℞ Eau distillée.............. 35 gram. | Nitrate d'argent cristallisé.... 0,75 gram.

Cette cautérisation se fait à l'aide d'une petite éponge solidement fixée sur un cathéter qu'on porte jusqu'à l'épiglotte.

Suivant M. Watson, qui rapporte un grand nombre d'observations à l'appui, cette cautérisation, *employée pendant huit ou dix jours*, a fait constamment disparaître la maladie. Ce résultat est de nature à recommander fortement cette médication.

Je pourrais multiplier presque à l'infini les citations des divers moyens employés contre la coqueluche ; je pourrais indiquer l'emploi du *datura*, de la *douce-amère*, de la *jusquiame* : narcotiques qui agissent à peu près de la même manière que ceux dont il a déjà été parlé ; j'aurais à signaler des excitants comme la *menthe*, des irritants comme la *lobelia inflata* ; je pourrais faire entrer dans cette énumération la *chaux*, le *safran*, le *narcisse des prés*, le *gland de chêne*, etc. ; mais les auteurs ne nous ayant appris absolument rien de positif à leur égard, ce serait plutôt embarrasser le traitement de la coqueluche que le servir. Je vais donc me contenter d'ajouter quelques mots sur les révulsifs et sur le quinquina, dont un grand nombre d'auteurs ont vanté les bons effets.

Révulsifs. On a appliqué des *vésicatoires* plus ou moins répétés sur les parois de la poitrine ; des *frictions faites avec la pommade d'Autenrieth*, avec l'*huile de croton tiglium*, avec l'*essence de térébenthine*, ont été pratiquées par un grand nombre de médecins, et surtout par les médecins allemands. Mais : 1° il est impossible de trouver dans les faits des preuves réelles de l'efficacité de ces moyens ; et 2°, quant à quelques uns d'entre eux, les frictions émétisées entre autres, ils ont quelquefois des inconvénients très graves. M. Blache cite des cas observés par M. Constant, et qui sont de nature à faire repousser un semblable moyen.

Quinquina. Les accès que présente la coqueluche ont pu suggérer l'idée de donner le quinquina comme antipériodique ; mais c'est généralement comme tonique qu'on l'a prescrit. Il est surtout administré lorsque la maladie, se prolon-

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*; 1848.
(2) *Journ. für Kinderkrankheiten*; 1845.
(3) *Dublin med. Press*, 2 janv. 1850.

geant au delà du terme ordinaire, les forces du sujet sont abattues et la peau décolorée. Ici nous avons encore à appliquer les réflexions faites si souvent à l'occasion des moyens précédents.

Aujourd'hui c'est le *sulfate de quinine* qu'on administre ordinairement à doses réfractées, c'est-à-dire de 3 à 5 centigrammes toutes les quatre ou cinq heures, suivant l'âge des sujets.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

1° Éviter les émotions, les contrariétés, les impressions irritantes, qui peuvent rendre les quintes plus fréquentes et plus intenses.

2° Mettre les malades à l'abri des principales causes des phlegmasies thoraciques, et en particulier de l'impression du froid.

3° Couvrir la peau de flanelle.

4° Ne point permettre l'ingestion d'aliments trop abondants.

5° Envoyer les malades dans un endroit bien aéré, sec, et principalement à la campagne.

Traitement préservatif. Nous avons vu plus haut que la *vaccination* avait été indiquée comme traitement curatif; elle a été bien plus vantée encore comme traitement préservatif, dans les épidémies de coqueluche; mais les preuves en faveur de ce second mode d'action ne sont pas plus fortes qu'en faveur du premier. La *belladone* a été aussi administrée dans le but de prévenir l'invasion de la maladie; mais encore ici nous manquons absolument de preuves suffisantes. La contagion de la coqueluche étant un fait aujourd'hui démontré, il est bien évident que le meilleur préservatif, dans une épidémie, c'est l'isolement des enfants. Dans les cas sporadiques, il est du devoir du médecin de prévenir les parents du danger de la contagion, et de faire éloigner les enfants qui ne sont pas encore atteints.

Résumé ; ordonnances. Tel est le traitement de la coqueluche; je n'ai point dissimulé toutes ses incertitudes. Il est évident que presque rien de ce qui serait nécessaire pour faire apprécier convenablement la valeur des divers moyens employés n'a encore été fait; la marche de la maladie, les complications, l'état épidémique ou sporadique de l'affection, rien de tout cela n'a été mis en ligne de compte, et par-dessus tout, on a généralement négligé d'analyser des séries de faits suffisantes pour éclairer les plus importantes questions. Ce qui ressort de plus général de tout ce qui a été dit plus haut, c'est que, dans l'état actuel de la science, les vomitifs doivent être placés en première ligne. Viennent ensuite les narcotiques et les antispasmodiques.

Iʳᵉ Ordonnance.

POUR UN JEUNE ENFANT, ET DANS UN CAS DE COQUELUCHE SIMPLE.

1° Pour tisane, légère décoction de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° ℞ Tartre stibié........ 0,05 gram. Sirop d'ipécacuanha...... 15 gram.
Infusion de violettes.. 120 gram.

A prendre par cuillerées, jusqu'à production de deux ou trois vomissements.

3° Le matin et le soir, administrez la belladone, suivant les formules précédemment indiquées (*voy.* p. 593).

4° Appliquer un emplâtre de diachylon sur les parois thoraciques, surtout s'il existe des douleurs.

5° Régime doux et léger ; éviter tout ce qui pourrait produire de l'excitation.

Suivant l'âge des enfants, ou chez les adultes, on augmentera les doses de ces médicaments, mais sans rien changer au traitement, qui est le plus convenable dans les cas simples.

II° Ordonnance.

DANS UN CAS COMPLIQUÉ DE BRONCHITE OU D'UNE PHLEGMASIE PLUS GRAVE.

1° Infusion de mauve et de coquelicot édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Émissions sanguines plus ou moins abondantes, suivant l'âge du sujet et suivant l'intensité de la phlegmasie.

3° Dans les cas de pneumonie, administrer l'émétique à haute dose.

4° Tous les soirs, de 5 à 30 grammes de sirop diacode, ou de 0,03 à 0,05 grammes d'extrait d'opium, de datura stramonium, suivant l'âge des sujets.

5° Diète plus ou moins rigoureuse, qu'on ne fera cesser qu'au moment où la complication aura disparu.

Je ne crois pas devoir multiplier ces ordonnances, car les moyens indiqués par les auteurs sont si variés et leur application si peu précise, qu'il faudrait en présenter un nombre infini. Les détails dans lesquels je suis entré plus haut suffisent d'ailleurs amplement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; antispasmodiques ; narcotiques ; vomitifs ; purgatifs ; préparations ferrugineuses ; moyens variés ; révulsifs ; quinquina ; cautérisation pharyngo-laryngienne.

LIVRE DEUXIÈME.

Maladies des voies circulatoires.

La liaison intime qui existe entre la circulation et la respiration est aujourd'hui tellement connue, qu'il est inutile de chercher à la démontrer. C'est cette liaison qui m'engage à placer immédiatement après l'étude des maladies des voies respiratoires celle des maladies des organes de la circulation. J'y suis d'ailleurs porté par un autre motif. Quelques affections, et en particulier l'asphyxie, tenant à la fois aux premières par leur siége et aux secondes par les altérations du sang, trouveront ainsi, après elles, leur place naturelle.

Les maladies des voies circulatoires n'ont été que très imparfaitement connues jusqu'à la fin du dernier siècle. A cette époque, les notions un peu précises que les médecins commencèrent à en avoir, et que Sénac consigna dans son célèbre Traité, furent un des premiers fruits de la grande découverte de Harvey. Au commencement de notre siècle, Corvisart, unissant aux méthodes d'investigation mises en usage par ses devanciers une anatomie pathologique plus exacte, et l'emploi de la *percussion*, jeta de nouvelles lumières sur ce sujet obscur. Mais l'histoire des maladies du cœur laisserait encore beaucoup à désirer, si, dans ces dernières années, la découverte de l'auscultation, l'observation devenue plus rigoureuse, l'anatomie pathologique cultivée avec plus de méthode, ne lui avaient fait faire les plus grands progrès, et ne lui avaient acquis un degré d'exactitude inconnu jusqu'alors.

Je diviserai ce livre en quatre sections principales, qui comprendront : la *première*, les maladies du cœur et du péricarde; la *seconde*, les maladies du système artériel; la *troisième*, les maladies du système veineux, et la *quatrième*, les maladies du système lymphatique. Chacune de ces divisions sera ensuite subdivisée en chapitres et en articles séparés pour les maladies des divers tissus qui entrent dans ces organes et pour les affections non localisées, comme il a été fait dans la description des maladies des voies respiratoires. Cette division me permettra de présenter avec plus de clarté et de précision l'histoire de plusieurs de ces maladies qui, malgré les travaux modernes, ne laissent pas de présenter encore des questions fort embarrassantes.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DU COEUR ET DU PÉRICARDE.

Il faut arriver à Sénac et à Lancisi pour trouver quelques notions exactes sur les maladies du cœur. Avant cette époque, il n'existait que des faits isolés et des

explications générales, le plus souvent fausses. On chercherait donc en vain, dans les anciens, quelques descriptions qui puissent faire soupçonner une connaissance exacte de quelques unes de ces affections. Sénac (1) lui-même, bien qu'il ait touché à presque tous les points de la pathologie du cœur, a passé si rapidement sur les circonstances les plus importantes, et a mêlé à ses descriptions tant d'interprétations hypothétiques, qu'on ne peut pas tirer un grand fruit de la lecture de son ouvrage. Corvisart est infiniment plus exact; mais, ne connaissant pas l'auscultation, il a nécessairement ignoré les signes les plus précieux de ces maladies. Kreysig apporta ensuite son tribut à cette partie importante de la pathologie (2), dont il élucida quelques points. Laënnec a plutôt effleuré cette grande question pathologique qu'il ne l'a approfondie et résolue, comme il avait approfondi et résolu toutes les questions relatives aux maladies du poumon et de la plèvre. Mais bientôt Bertin, Hope, MM. Bouillaud, Corrigan, Beau, etc., sont venus, à l'aide du procédé de Laënnec, porter l'histoire des maladies du cœur au degré de perfection où nous la voyons parvenue aujourd'hui.

C'est avec les éléments qui nous sont fournis par les importants travaux de ces auteurs que je vais tracer la description de ces maladies. Mais avant d'arriver aux détails pathologiques, il est nécessaire de présenter quelques considérations sur la *situation de l'organe*, sur *son volume naturel*, sur l'*étendue de ses orifices*, sur les *mouvements qu'il exécute*, et sur les *bruits qu'il fait entendre à l'auscultation*. Il est en effet indispensable, pour arriver à une appréciation exacte des altérations qui peuvent se produire dans les mouvements et les bruits du cœur, d'avoir un point fixe de comparaison. Cette tâche qui m'est imposée est difficile à remplir, car de nombreuses discussions se sont élevées sur le sujet que je vais traiter, et le nombre des expériences et des explications est tel, qu'on a quelque peine à s'y reconnaître. Je m'efforcerai de faire sortir de toutes ces discussions ce qui est absolument indispensable pour une pratique éclairée.

CHAPITRE PREMIER.

EXPOSÉ SUCCINCT DE L'ÉTAT NORMAL DU COEUR.

ARTICLE I.

SITUATION.

Hope (3) s'est principalement attaché à déterminer d'une manière exacte la position de cet organe. Dans une planche placée à la tête de son ouvrage, on voit que l'origine de l'artère pulmonaire correspond au bord supérieur de la troisième

(1) *Traité des malad. du cœur*, 2e édit.; Paris, 1778.
(2) *Die Krankheiten des Herzens*, etc.; Berlin, 1816.
(3) *A treat. of the diseases of the heart and great vessels*; London, 1839.

côte; que la pointe du cœur est située dans le cinquième espace intercostal, et répond à un point placé à 5 ou 6 centimètres au-dessous du mamelon; que le bord droit du cœur déborde en partie le bord droit du sternum, au delà duquel on trouve l'oreillette droite presque tout entière, et que le bord gauche est situé de 7 à 9 centimètres du bord gauche du sternum. Si, toujours suivant cet auteur, on tire une ligne verticale le long du bord gauche du sternum, on laisse à droite environ un tiers de l'étendue du cœur constituée par une portion du ventricule droit et l'oreillette droite, et à gauche les deux autres tiers constitués par une partie du ventricule droit, le ventricule et l'oreillette gauches. Le cœur étant oblique de haut en bas et de droite à gauche, il en résulte que c'est la partie supérieure du ventricule droit qui reste à droite de cette ligne factice. Si l'on tire une ligne horizontale passant par le bord supérieur des deux troisièmes côtes, on tombe, suivant Hope, un peu au-dessus de la base des valvules sygmoïdes pulmonaires; et comme l'orifice aortique se trouve placé à un centimètre environ au-dessous de l'orifice pulmonaire, il en résulte que la même ligne passe un peu au-dessus du sommet des valvules aortiques.

Cette situation du cœur n'est pas exactement rigoureuse; les recherches de quelques auteurs tendent même à prouver qu'elle ne s'applique pas entièrement à la majorité des cas; ainsi M. de Castelnau, qui a répété les observations de Hope, a vu que, relativement à la situation des orifices artériels, il fallait modifier un peu les assertions de l'auteur anglais. Il a trouvé, en effet, plus souvent ces orifices au-dessus du bord supérieur de la troisième côte qu'à son niveau, de telle sorte qu'en enfonçant une aiguille dans ce point, on pénètre ordinairement dans le ventricule lui-même. D'un autre côté, on a trouvé que chez plusieurs sujets, et notamment chez les femmes et les enfants, la pointe du cœur battait, non dans le cinquième, mais dans le quatrième espace intercostal. Il suit de là que l'on ne doit regarder ces limites du cœur que comme approximatives, et cela d'autant plus que dans plusieurs maladies la situation du cœur peut changer sans qu'il ait subi aucune altération. Qu'on se rappelle donc seulement que la base du cœur et les orifices ventriculo-artériels correspondent à un point voisin du bord supérieur de la troisième côte, vers la réunion des cartilages costaux avec le sternum, que la pointe du cœur bat de 4 à 6 centimètres au-dessous du mamelon, que la partie supérieure du ventricule droit est située sous le sternum, et que sa partie inférieure, ainsi que le ventricule gauche, est placée à la gauche de cet os. Cette délimitation approximative est suffisante pour la pratique.

Mais toute l'étendue du cœur n'est point à découvert au-dessous des parois thoraciques. A droite, le poumon en recouvre une petite partie, et à gauche une beaucoup plus grande. Il en résulte que la matité à la percussion est beaucoup plus bornée qu'on ne le supposerait d'abord. M. Bouillaud (1) l'évalue à 4 ou 6 centimètres carrés. Il faut que le médecin connaisse ces mesures approximatives auxquelles les maladies du cœur peuvent apporter de notables changements.

(1) *Traité clin. des malad. du cœur*, 2e édition; Paris, 1841, 2 vol. in-8°.

ARTICLE II.

VOLUME.

§ I. — Dimensions générales.

Le volume du cœur a été étudié par plusieurs auteurs, et notamment par MM. Bouillaud et Bizot (1). Ce dernier ayant tenu compte des changements apportés dans les dimensions de cet organe par l'âge, le sexe, la taille, etc., est le seul qu'il convienne de suivre dans cette appréciation de l'état naturel du cœur, et c'est pourquoi j'emprunterai la plus grande partie de ce qui va suivre à ses recherches. Les tableaux suivants feront d'abord connaître quelles sont la longueur, la largeur et l'épaisseur du cœur, suivant le sexe et suivant l'âge. J'ai supprimé de légères fractions dont la connaissance n'est pas nécessaire au praticien.

LONGUEUR DU CŒUR. Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,052^m	0,051^m
5 à 9	0,072	0,061
10 à 15	0,077	0,071
16 à 29	0,096	0,088
30 à 49	0,098	0,094
50 à 79	0,103	0,096

LARGEUR DU CŒUR. Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,061^m	0,059^m
5 à 9	0,075	0,067
10 à 15	0,084	0,071
16 à 29	0,103	0,096
30 à 49	0,108	0,100
50 à 79	0,118	0,105

ÉPAISSEUR DU CŒUR. Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,025^m	0,02[illegible]
5 à 9	0,029	0,02[illegible]
10 à 15	0,032	0,02[illegible]
16 à 29	0,040	0,040
30 à 49	0,040	0,03[illegible]
50 à 79	0,046	0,04[illegible]

On voit, d'après ces tableaux, que le cœur va sans cesse en augmentant, suivant l'âge. Il n'y a en effet qu'une seule exception relative à l'épaisseur, et cette exception, on est autorisé à la rapporter à l'insuffisance des faits, puisqu'elle est unique, et que tout rentre immédiatement dans la règle pour les âges suivants. La moindre étendue du cœur à tous les âges, chez le sexe féminin, ressort également de ce tableau. Quant à la taille des sujets, M. Bizot a trouvé que l'étendue du cœur était loin d'être en proportion directe avec elle; il a vu au contraire qu'elle suivait assez exactement le développement en largeur de la poitrine.

§ II. — Capacité des cavités du cœur.

Il n'est pas seulement nécessaire de connaître le volume général du cœur; il est encore important de savoir quel est le développement normal de chacune des cavités en particulier et de leurs parois. On trouve à ce sujet, dans le travail de M. Bizot, les renseignements les plus exacts et les plus précis; aussi, ne pouvant en donner qu'un résumé très succinct, j'engage le lecteur à recourir à ce travail pour l'étude de ces questions importantes. On peut dire d'une manière générale que le ventricule droit est notablement plus large que le gauche à toutes les époques de la vie; que la largeur des cavités suit le développement général du cœur, et que par conséquent elle est plus considérable chez l'homme que chez la femme, et augmente à mesure que l'on avance en âge. Il en est de même de la longueur du ventricule, mais dans de moindres proportions.

(1) *Mém. de la Société médicale d'observ.*, t. Ier : *Recher. sur le cœur et le système artériel*, Paris, 1837.

§ III. — Épaisseur des parois du cœur.

L'épaisseur des parois des ventricules doit être établie avec plus de précision, ar c'est d'après elle seulement que, dans certains cas, on peut reconnaître l'hyper-rophie du cœur. La paroi du ventricule gauche présente sa plus grande épaisseur la partie moyenne, puis à la base, puis enfin à la pointe. Dans le ventricule droit, es choses sont un peu différentes, car le point le plus épais est la base, puis le mi-ieu, puis enfin la pointe. Les tableaux suivants vont faire connaître d'une manière uffisante ces diverses épaisseurs :

ÉPAISSEUR DES PAROIS DU CŒUR A LA BASE.

	VENTRICULE GAUCHE.		VENTRICULE DROIT.	
Age.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,007^{m}	0,005^{m}	0,002^{m}	0,003^{m}
5 à 9	0,008	0,007	0,004	0,004
10 à 15	0,009	0,008	0,004	0,004
16 à 29	0,010	0,010	0,005	0,005
30 à 49	0,011	0,010	0,005	0,005
50 à 79	0,012	0,010	0,006	0,004

ÉPAISSEUR DES PAROIS DU CŒUR A LA PARTIE MOYENNE.

	VENTRICULE GAUCHE.		VENTRICULE DROIT.	
Age.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,007^{m}	0,006^{m}	0,002^{m}	0,002^{m}
5 à 9	0,009	0,007	0,002	0,002
10 à 15	0,009	0,008	0,003	0,003
16 à 29	0,009	0,010	0,004	0,003
30 à 49	0,012	0,008	0,004	0,004
50 à 79 pour les hommes.. — à 89 pour les femmes..	0,014	0,012	0,004	0,004

ÉPAISSEUR DES PAROIS DU CŒUR A LA POINTE.

	VENTRICULE GAUCHE.		VENTRICULE DROIT.	
Age.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,004^{m}	0,005^{m}	0,002^{m}	0,001^{m}
5 à 9	0,006	0,005	0,002	0,002
10 à 15	0,006	0,005	0,003	0,002
16 à 29	0,008	0,007	0,003	0,002
30 à 49	0,008	0,007	0,002	0,002
50 à 79 pour les hommes. — à 89 pour les femmes.	0,010	0,009	0,002	0,002

ÉPAISSEUR DE LA CLOISON INTERVENTRICULAIRE A LA PARTIE MOYENNE.

Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,008^{m}	0,007^{m}
5 à 9	0,010	0,008
10 à 15	0,010	0,008
16 à 29	0,012	0,011
30 à 49	0,012	0,010
50 à 79 pour les hommes...... — à 89 pour les femmes......	0,013	0,012

J'ai donné, je le répète, ces tableaux, afin qu'on pût avoir, dans l'étude des maladies du cœur, un point de comparaison précis; car la comparaison de cet organe avec le poing du sujet, qui a été faite par Laënnec et approuvée par M. Bouillaud, peut s'éloigner beaucoup plus des dimensions normales, et en outre elle ne peut rien nous apprendre sur l'épaisseur naturelle des parois, si utiles à connaître. Mais je n'insisterai pas davantage sur ces détails, qui nous entraîneraient trop loin.

§ IV. — Étendue des orifices.

Le calibre des orifices des diverses cavités du cœur n'est pas moins important à noter; car nous verrons plus loin qu'un simple rétrécissement, ou une dilatation, peuvent occasionner des maladies fort graves: c'est pourquoi je vais encore emprunter à M. Bizot les tableaux suivants, qui nous donnent les chiffres les plus exacts sur l'étendue de ces orifices :

CIRCONFÉRENCE DES ORIFICES AURICULO-VENTRICULAIRES.

Orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,057ᵐ	0,059ᵐ
5 à 9	0,068	0,063
10 à 15	0,079	0,072
16 à 29	0,093	0,086
30 à 49	0,111	0,092
50 à 79 pour les hommes — à 89 pour les femmes	0,112	0,102

Orifice auriculo-ventriculaire droit.

Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,057ᵐ	0,059ᵐ
5 à 9	0,067	0,061
10 à 15	0,077	0,075
16 à 29	0,093	0,077
30 à 40	0,110	0,093
50 à 79 pour les hommes — à 89 pour les femmes	0,112	0,099

CIRCONFÉRENCE DES ORIFICES ARTÉRIELS.

Orifice aortique.

Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,039ᵐ	0,037ᵐ
5 à 9	0,042	0,040
10 à 15	0,049	0,043
16 à 29	0,060	0,053
30 à 49	0,070	0,064
50 à 79 pour les hommes — à 89 pour les femmes	0,081	0,074

Orifice pulmonaire.

Age.	Hommes.	Femmes.
de 1 à 4 ans.	0,042ᵐ	0,038ᵐ
5 à 9	0,044	0,042
10 à 15	0,051	0,048
16 à 29	0,066	0,064
30 à 49	0,071	0,067
50 à 79 pour les hommes — à 89 pour les femmes	0,079	0,073

Telles sont les connaissances sur l'état normal du cœur les plus nécessaires pour guider le médecin dans la pratique. Il est un grand nombre de considérations importantes qu'on pourrait tirer de ces faits, et que M. Bizot a exposées dans son mémoire; mais ce n'est point ici le lieu de les présenter, quel que soit leur intérêt. Je vais donc passer immédiatement à l'étude des mouvements du cœur.

ARTICLE III.

MOUVEMENTS DU CŒUR.

De nombreuses discussions se sont élevées sur les mouvements du cœur, et les auteurs ne sont pas encore parfaitement d'accord sur tous les points de cette importante question physiologique. Je n'ai pas l'intention de présenter ici un historique complet des nombreuses expériences faites dans le but de déterminer avec

exactitude la succession de ces mouvements; je dois me contenter de rechercher ce qu'il y a de plus positif dans les diverses théories, pour que, dans le diagnostic des maladies que nous allons étudier, nous puissions rapporter les symptômes aux temps précis où s'exécutent les divers mouvements, et où, par conséquent, le sang traverse tel ou tel orifice, ce qui conduit naturellement à reconnaître le siége des obstacles qui peuvent s'opposer à la marche de ce liquide.

Il est un fait aujourd'hui généralement admis, et qui, depuis Harvey et Haller, a été mis hors de doute par des expériences directes, c'est que les oreillettes se contractent d'abord pour chasser dans les ventricules le sang qu'elles contiennent; qu'immédiatement ou presque immédiatement après, survient la contraction ou systole des ventricules, qui lance le sang dans toutes les parties du corps, et qu'à ces deux contractions succède un temps bien marqué, pendant lequel, suivant les divers auteurs, il se passerait des phénomènes différents. Mais cette contraction de l'oreillette est-elle destinée à chasser dans le ventricule toute l'ondée sanguine, ou seulement une partie? Voilà où commencent les dissidences entre M. Beau, qui, dans plusieurs mémoires extrêmement remarquables, a traité ces difficiles questions, et la plupart des autres expérimentateurs. Examinons les arguments présentés de part et d'autre.

Depuis les expériences de Haller, on établissait ainsi qu'il suit la série des mouvements du cœur. *Premier temps :* les ventricules, étant pleins, se contractent vivement, et versent dans les artères tout le sang qu'ils contiennent. *Deuxième temps :* dilatation des ventricules, pendant laquelle le sang coule des oreillettes dans les cavités ventriculaires, lentement et sans contraction. *Troisième temps :* il survient une contraction de l'oreillette qui achève de remplir rapidement le ventricule, lequel se contracte aussitôt, et la série des mouvements recommence. M. Beau (1) fit sur des chiens et des lapins une série d'expériences, desquelles il tira des conclusions différentes. Il observa, en effet, que pendant le temps où s'effectue, suivant les auteurs, la diastole lente, les ventricules restaient vides et en repos; que leur dilatation avait lieu brusquement, au moment même de la contraction des oreillettes, dont le contenu était lancé *d'un seul coup* dans leur cavité, et qu'immédiatement après venait la contraction ventriculaire. Suivant cet auteur, la projection du sang dans le ventricule par l'oreillette, la diastole et la systole ventriculaire, ne forment qu'un seul temps qui est le premier, et la série des mouvements du cœur étant divisée en trois temps, le repos qui correspond, ainsi que nous l'avons vu, à la diastole lente admise par les autres auteurs, formerait le troisième. Quel est donc le second? C'est un mouvement particulier par lequel le sang est vivement lancé des grosses veines dans les oreillettes, qui continuent ensuite à se remplir lentement. Ainsi, en résumé, M. Beau divise les mouvements du cœur en trois temps, qui sont les suivants : 1° contraction de l'oreillette, réplétion et dilatation du ventricule, contraction du ventricule; 2° afflux brusque du sang dans l'oreillette; 3° repos du ventricule, réplétion lente de l'oreillette.

A son apparition, cette théorie a excité une grande surprise et a trouvé beaucoup d'incrédules; mais dans plusieurs mémoires publiés les années suivantes (2),

(1) *Recherc. sur les mouvements du cœur.* (*Arch. gén. de méd.*, 2e sér., 1835, t. IX, p. 389.)
(2) *Arch. gén. de méd.*, janv. 1839, juill. et août 1841.

M. Beau s'est attaché à la défendre par une critique des objections qu'on lui a adressées et par de nouvelles expériences. Les plus fortes objections qui aient été dirigées contre la théorie de M. Beau sont celles qui résultent des expériences de MM. William, Hope, Clendinning et des membres du comité de Londres. Ces expérimentateurs ont vu, en effet, pendant le temps qui, selon M. Beau, est uniquement consacré au repos des ventricules, ceux-ci se gonfler, se durcir, et par conséquent se remplir de sang. Voici comment M. Hope expose ses observations sur les mouvements du cœur de la grenouille : « En examinant la face postérieure du cœur d'une grenouille, dont l'action était réduite à quinze ou vingt pulsations par minute, toute l'oreillette, qui auparavant était cachée par le ventricule, étant maintenant exposée à la vue, on trouve que, pendant un court espace de temps, le ventricule en repos est distendu partiellement par le sang. L'oreillette se contracte par un mouvement bref; mais seulement partiellement, car les sinus veineux sont constamment pleins de sang dans cette expérience, que la circulation soit vive ou lente. Lorsque l'oreillette est relâchée de nouveau et non jusqu'alors, on voit le ventricule s'élever soudain sur la base, raccourcir ses fibres et expulser le contenu. Après l'accomplissement de la systole, qui est indiqué par la couleur pâle, la diastole se fait observer; elle est marquée par un flux partiel de sang, dénoté par la couleur rouge, et dans cet état le ventricule est en repos pendant un court espace de temps jusqu'à ce qu'il soit de nouveau stimulé par la contraction de l'oreillette. On peut-être objecter que, comme les mouvements étaient très ralentis, ces mouvements étaient *anormaux ;* nous distinguions cependant les mêmes séries à quarante pulsations par minute. Le comité de Dublin a confirmé ces résultats. »

M. Clendinning, rapporteur du comité de Londres (1), fait connaître des expériences dont le résultat a été à peu près semblable, et qu'il expose ainsi qu'il suit: « La première contraction après la pause ou la diastole ventriculaire est observée sur la veine cave ; puis vient immédiatement la contraction des sinus; puis, sans aucun intervalle, celle de l'appendice de l'oreillette et la systole du ventricule. La diastole ou relâchement de chaque partie se produit, dans le même ordre, dans les veines, l'oreillette et le ventricule. La série des systoles mentionnées se succède si rapidement, qu'à une petite distance elle apparaît comme une seule ondulation commençant à la veine cave, plutôt que comme une série de mouvements indépendants. Dans la diastole, le ventricule est *arrondi*, *plein*, *protubérant et foncé en couleur ;* mais à *l'arrivée* de la systole, il change rapidement de forme et de couleur, de violet devenant pâle, couleur chair de veau, et de rond et volumineux devenant visiblement étroit, plus conique et déprimé, étant clairement diminué dans toutes ses dimensions. »

MM. Barth et Roger (2) ont fait de leur côté, de concert avec MM. Pouret et de Castelnau, des expériences qui les ont conduits à des conclusions semblables, avec cette différence, toutefois, que la réplétion des ventricules pendant ce qu'ils appellent la dilatation ventriculaire, ou diastole, a paru beaucoup moins considérable que dans les expériences des médecins anglais.

Les recherches de M. Parchappe (3) l'ont conduit à des résultats analogues.

(1) *London med. Gazette*, oct. 1840.
(2) *Traité d'auscultation*, 3ᵉ édit.; Paris, 1850.
(3) *Du cœur, de sa struct. et de ses mouv.*; Paris, 1848.

On voit donc, d'après ces expériences : 1° que la contraction de l'oreillette ne verserait dans le ventricule que la dernière partie du sang nécessaire pour le dilater; et 2° qu'une diastole lente aurait lieu pendant le temps qui, selon M. Beau, est consacré au repos des ventricules. Mais voici comment ce dernier expérimentateur a répondu : Examinant les dimensions des ventricules aux divers temps : 1° il a trouvé que l'augmentation n'avait lieu qu'immédiatement après la contraction de l'oreillette, ce que l'on sent parfaitement en appliquant la pulpe des doigts sur les deux côtés du cœur, et ce que l'on peut déterminer plus positivement encore à l'aide du compas d'épaisseur ; 2° et cette expérience est la plus décisive, ayant ouvert les ventricules à leur pointe, il a vu qu'au moment de la contraction de l'oreillette, et par conséquent au moment où le sang est projeté dans le ventricule, il s'échappe par jets de cette ouverture artificielle, tandis que pendant la prétendue réplétion lente ou la diastole du ventricule, il ne s'écoule pas une seule goutte de liquide. Je ne sache pas qu'on ait rien opposé à une expérience aussi concluante, et cependant, avant d'attaquer la théorie de M. Beau, il serait nécessaire de démontrer ou que cette expérience n'a pas la portée que lui accorde l'auteur, ce qui me paraît bien difficile, ou qu'il a été induit en erreur par quelque circonstance particulière qu'il nous est impossible de reconnaître et même de prévoir. Jusque-là, toutes les objections tombent, et les expériences des auteurs anglais doivent être regardées comme non avenues; car on peut expliquer très bien par un trouble de la circulation dû aux conditions dans lesquelles se trouvent les animaux, les phénomènes particuliers observés sur eux, tandis qu'il est impossible de trouver la même explication dans les expériences de M. Beau. Ainsi je n'hésite pas à regarder comme la seule démontrée cette théorie que quelques idées préconçues ont pu faire trouver extraordinaire d'abord, mais qui seule est fondée sur des faits inattaquables. J'hésite d'autant moins, que l'expérience de M. Beau se trouve conforme à celle de Harvey lui-même, quoique l'illustre médecin anglais n'en ait pas tiré les conséquences qui en découlent naturellement, ce qui conserve à la théorie de M. Beau son caractère de découverte.

Telle est l'opinion que j'ai cru devoir émettre lors de la publication de la première édition de cet ouvrage. Aujourd'hui, je vois que MM. Barth, Roger, Poumet et de Castelnau, ayant répété deux fois l'expérience de M. Beau, qui consiste à couper la pointe du cœur pendant qu'on en examine les mouvements, ont vu du sang s'écouler pendant le repos des ventricules, et dans un cas même ils disent : « Le sang paraît couler plus fort au moment de la dilatation. » Ces faits sont de nature à nous rendre plus réservés. Cependant on regrette que ces expérimentateurs n'aient pas dit explicitement quel est le moment où ils ont coupé la pointe du cœur ; car si l'organe était fort affaibli lorsqu'ils ont fait cette résection, il ne serait pas étonnant que le ventricule ne s'étant pas vidé parfaitement pendant la contraction, on l'eût vu à demi plein pendant son repos. Les raisons précédentes me paraissent donc conserver encore leur valeur.

Quelle que soit d'ailleurs celle de ces deux théories qu'on adopte, on trouve que les circonstances les plus remarquables des mouvements du cœur sont fixées par les auteurs modernes, comme par Harvey et Haller, au même moment, puisque tous admettent une contraction de l'oreillette destinée soit à ajouter un complément au sang qui distend déjà le ventricule, soit à remplir ce ventricule d'un seul coup.

La contraction ventriculaire suivant immédiatement ou presque immédiatement cette contraction auriculaire, puis un temps de dilatation partielle du ventricule (Hope, Clendinning, etc.), ou bien de repos (Beau), voilà les principaux détails qu'il importe de retenir. En y joignant l'afflux subit du sang dans l'oreillette, immédiatement après la contraction ventriculaire, on a, en effet, tout ce qu'il importe de savoir de ces deux théories. Quant à la dilatation brusque et active du ventricule, immédiatement après sa contraction, elle n'est plus défendue aujourd'hui, car elle est en opposition avec les expériences les plus précises.

ARTICLE IV.

BRUITS DU COEUR.

S'il y a eu des discussions sur les mouvements du cœur à l'état normal, il y en a eu bien plus encore sur le siége, les causes et la succession des bruits normaux qui se produisent dans cet organe. Laënnec (1), appliquant le premier l'auscultation à l'étude des maladies des voies circulatoires, étudia d'abord les bruits du cœur à l'état normal. Il crut que le premier bruit était dû à la systole ventriculaire, et le second à la systole auriculaire ; mais l'examen des mouvements du cœur eut bientôt renversé cette théorie, puisqu'il apprit que la contraction des oreillettes a lieu avant et non après celle des ventricules. M. Turner (2) fut le premier qui, remontant aux expériences de Harvey et de Haller, fit connaître le vice de cette théorie. Il fallut donc chercher une autre explication de ces bruits. On en présenta un grand nombre ; le lecteur trouvera dans l'excellent ouvrage de MM. Barth et Roger (3) un tableau où sont exposées les diverses théories proposées dans ces dernières années ; je me contenterai de citer les principales.

Nous trouvons d'abord celle du professeur Corrigan, qui attribue le premier bruit au choc du sang contre les parois ventriculaires dans la diastole, et le second à la contraction ventriculaire. En fixant la diastole au premier temps, comme M. Beau, cette explication du premier bruit peut s'accorder avec la théorie des mouvements ; mais il n'en est pas de même si l'on partage l'opinion générale, puisque, dans cette manière de voir, la diastole survient immédiatement après la contraction ventriculaire avec laquelle coïncide le premier bruit. Une réflexion semblable s'applique à la théorie du second bruit.

M. d'Espine (4) attribuait le premier bruit à la contraction du ventricule, et le second à sa dilatation ; mais d'après ce que nous avons vu plus haut relativement aux mouvements du cœur, l'explication du second bruit ne peut être admise.

Hope trouve la cause du premier bruit dans la tension des valvules auriculo-ventriculaires, l'extension musculaire du ventricule et le bruit rotatoire dû à la contraction des fibres, bruit déjà signalé par Laënnec. Quant au second bruit, il serait produit, suivant Hope, par le claquement des valvules sygmoïdes.

Cette théorie ne diffère pas sensiblement de celle qui a été proposée par M. Rou-

(1) *Traité de l'ausc. méd.*, t. III.
(2) *Med. chirurg. Trans.*; Edimb., t. III.
(3) *Traité d'ausc.*, pag. 292 ; Paris, 1841.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXVI.

net, d'après d'ingénieuses expériences (1), et qui a été admise par M. Bouillaud avec quelques additions. Dans cette théorie, le premier bruit est dû au claquement des valvules auriculo-ventriculaires dans la systole, et le second au claquement des valvules sygmoïdes dans la diastole. Tout récemment M. Monneret, dans un mémoire lu à la *Société médicale des hôpitaux*, a placé également les bruits du cœur exclusivement dans le claquement des valvules. M. Bouillaud y a ajouté l'abaissement brusque des valvules sygmoïdes pendant la systole, et l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires pendant la diastole.

Dans toutes ces théories, il faut entendre par cette expression de diastole le temps de repos pendant lequel, suivant les expériences de M. Beau, le cœur reste complétement vide. Il s'ensuit que, dans son addition à l'explication du second bruit par M. Rouanet, M. Bouillaud a été trompé par la théorie, puisque alors il n'y a point d'abaissement soudain des valvules auriculo-ventriculaires.

Suivant M. Magendie, les bruits sont dus uniquement aux chocs du cœur contre les parois du thorax; au choc de la pointe pour le premier bruit, et au choc de la face antérieure pour le second.

M. Beau n'admet qu'une seule cause des bruits, c'est le choc du sang contre les parois des cavités du cœur pendant leur dilatation. Aussi, dans sa théorie, le premier bruit est-il causé par le choc de l'ondée sanguine lancée par l'oreillette sur la surface interne du ventricule, et le second par le choc du sang frappant brusquement les parois auriculaires.

M. Williams admet deux causes diverses pour les deux bruits : la contraction musculaire des ventricules produisant le premier, et le choc du sang contre les valvules sygmoïdes donnant lieu au second. La théorie du comité de Dublin est la même, sauf qu'au premier bruit il faut ajouter le frottement du sang sur les parois ventriculaires, et au second la brusque tension des valvules semi-lunaires.

Telles sont, parmi les nombreuses théories émises sur ce sujet, celles qui se disputent les opinions des médecins. Comment se prononcer dans un tel conflit d'explications diverses? En ayant égard à ce qui a été dit plus haut sur les mouvements du cœur, on peut exclure, en tout ou en partie, certaines théories que j'ai déjà indiquées. Mais il en est d'autres, telles que celle de Hope, de MM. Rouanet, Beau, Williams, etc., qui s'accordent très bien avec la théorie des mouvements que nous avons admise, et qui est fondée sur l'expérience. Il est très difficile d'avoir une opinion bien arrêtée sur elles, ce qui dépend de ce que les faits sont très complexes, les expérimentateurs n'ayant pas pu placer les sujets de leurs expériences dans les conditions nécessaires pour arriver à un résultat bien positif.

MM. Barth et Roger, trouvant dans les expériences des divers auteurs plusieurs points qui leur paraissaient démontrés, ont cru devoir rassembler les diverses causes fondées sur ces expériences pour en former les causes complexes des deux bruits du cœur. Ainsi ils admettent comme causes du premier bruit : 1° la contraction musculaire des ventricules; 2° l'impulsion du cœur contre le thorax; 3° la tension brusque des valvules mitrale et tricuspide, la collision du sang contre ces valvules, le choc réciproque de leurs faces correspondantes; 4° la collision moléculaire du liquide sanguin, comprimé et poussé vers les orifices; 5° le frottement

(1) Thèses, Paris, 1832, n° 252.

du sang contre les parois ventriculaires, surtout au niveau des ouvertures qu'il traverse; et, comme causes du second bruit, ils reconnaissent : 1° la dilatation ventriculaire et la collision du sang qui afflue dans les ventricules; 2° la tension brusque des valvules sygmoïdes; 3° le choc en retour sur leur face supérieure des colonnes de sang lancées dans les artères aorte et pulmonaire. Toutefois ces deux auteurs se hâtent de reconnaître que ces divers éléments ne concourent pas dans la même proportion à la production des bruits. Voyons donc, en examinant séparément chacune de ces causes, quelles sont celles qui ont une importance réelle.

Causes du premier bruit. Pour le premier bruit, nous trouvons d'abord la contraction des ventricules. Cette cause ne saurait être niée, et l'on peut dire que presque tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point. Le bruit rotatoire signalé par Laënnec doit exister dans la contraction ventriculaire, puisqu'il existe dans toutes les contractions musculaires brusques et puissantes; cette contraction est donc sonore : on est parvenu d'ailleurs à démontrer directement cette sonorité de la contraction ventriculaire, puisque dans les expériences du docteur Williams, de MM. Pennock et Moore, du comité de Dublin et du comité de Londres, on a entendu le premier bruit avec son caractère normal, alors que le cœur, extrait de la poitrine d'un animal, se contractait à vide sur une table. M. Beau lui-même, qui attribue le premier bruit au choc du sang contre les parois ventriculaires, reconnaît néanmoins l'existence du bruit de contraction; seulement il regarde ce bruit comme accessoire. Ainsi le bruit de contraction ventriculaire est un fait hors de doute, mais dont la valeur est diversement appréciée.

Vient ensuite l'impulsion du cœur contre le thorax; mais pour s'assurer qu'elle n'est pas la cause réelle du premier bruit du cœur, il suffit de se rappeler : 1° que plusieurs expérimentateurs, et en particulier MM. Bouillaud, Hope, Williams, etc., ayant mis le cœur à découvert, ont trouvé encore ce premier bruit avec ses caractères normaux, et même plus intense, suivant MM. Pennock et Moore; et 2° que, dans l'hypertrophie des ventricules où le choc du cœur est très violent, le bruit, loin de devenir plus éclatant, devient plus sourd. On ne pourrait donc regarder le choc du cœur contre les parois thoraciques que comme une cause de renforcement du bruit, et le thorax aurait alors de l'analogie avec la table sonore d'un instrument.

La tension brusque des valvules mitrale et tricuspide, la collision du sang contre ces valvules, le choc réciproque de leurs faces correspondantes, ne sauraient, ce me semble, être admis jusqu'à nouvel ordre comme causes du premier bruit du cœur, car aucune expérience positive n'est venue en démontrer la réalité. La tension des valvules auriculo-ventriculaires et le choc de leurs faces ont d'abord été indiqués par M. Rouanet; mais cet auteur a simplement raisonné par analogie, car son expérience, faite sur l'aorte, n'est nullement applicable à ce qui se passe dans le ventricule. En projetant un liquide dans l'artère, et en le laissant retomber sur la face supérieure des valvules semi-lunaires, il produisait un effet semblable à celui du marteau d'eau, parce que le sang retombait dans une cavité dans laquelle le vide venait de se produire; mais lorsque les ventricules se contractent, ils sont pleins; le liquide n'est donc pas lancé d'une certaine distance sur la face ventriculaire des valvules, il les touche, il ne fait que les repousser en dehors, il n'y a pas choc du sang contre elles. Cela explique comment, en fixant avec un crochet les valvules auriculo-ventriculaires, en produisant par conséquent une insuffisance

artificielle, on n'a réussi qu'à rendre le premier bruit plus faible, parce que l'oreillette, ne pouvant plus se contracter d'une manière complète et à l'état de plénitude, devait déterminer un bruit plus faible; ou bien on a produit un simple mélange d'un bruit de souffle dû à l'insuffisance artificielle, et du premier bruit qui n'a pas pu être détruit, parce que la dilatation ventriculaire et la contraction ne cessaient pas de se produire. Les mêmes objections s'appliquent à la collision des molécules sanguines et aux frottements sur les surfaces ventriculaires, qui ne peuvent avoir lieu dans une cavité pleine, qui pourraient tout au plus exister aux orifices, mais dont les expériences sur les cœurs battant à vide ont démontré le peu de réalité. Cette collision des molécules sanguines, qui formait d'abord la base de la théorie de Hope, a été ensuite abandonnée par lui.

Il résulte, si je ne me trompe, de la discussion dans laquelle je viens d'entrer, que de toutes les causes précédemment indiquées, la seule réelle, la seule démontrée, est la contraction ventriculaire. Mais nous ne devons rien conclure avant d'avoir examiné la théorie de M. Beau, qui diffère essentiellement des précédentes. Nous avons vu, en effet, que cet auteur regardait le choc du sang contre les parois ventriculaires comme la principale cause du premier bruit, quelques autres, comme le choc du cœur contre les parois du thorax et le bruit de contraction musculaire, n'étant que des accessoires. Les objections qu'on a faites jusqu'à présent à cette théorie ne me paraissent pas d'une grande force. Il en est une surtout qui est bien loin d'être satisfaisante. Plusieurs auteurs, et entre autres les auteurs du *Compendium de médecine pratique*, adoptant une opinion de M. Littré, s'en sont fait une arme contre M. Beau. Voici comment s'exprime M. Littré (1) : « Rappelons un point fixe de départ qu'il faut toujours avoir présent, car celui-là est constant et ne dépend d'aucune théorie : c'est que le premier bruit se produit dans la systole des ventricules, et le deuxième dans leur diastole; toute explication qui sortirait de cette ligne serait fausse par cela seul. » Doit-on accepter sans contestation un pareil jugement? Non, sans doute, car nous voyons que dans la théorie de M. Beau la valeur des termes est changée; ce que M. Littré appelle diastole, M. Beau l'appelle le repos, et quant à la diastole elle-même, elle précède immédiatement la systole, suivant ce dernier, ce qui a été établi sur des expériences contre lesquelles rien ne s'est élevé, et ce que M. Littré ne pouvait prévoir. Tout se réduit donc à dire que la proposition que M. Littré regardait comme indépendante de toute théorie dépendait au contraire d'une théorie qui, je le répète, doit être regardée comme fausse, jusqu'à ce que l'on ait prouvé l'insuffisance des expériences positives de M. Beau.

Pour établir que le premier bruit du cœur est dû au choc du sang contre les parois des ventricules, M. Beau se fonde sur ce que ce bruit a lieu en même temps que le choc de la pointe contre les parois thoraciques. Or, suivant ses expériences, ce choc de la pointe du cœur a lieu au moment même de la dilatation rapide des ventricules, alors que les cavités étant brusquement agrandies, l'organe s'allonge et est poussé en avant. Nous verrons plus loin que l'auteur trouve la cause du second bruit dans des circonstances semblables.

On n'avait fait aucune objection sérieuse à M. Beau, jusqu'à ce que tout récem-

(1) *Dict. de méd.*, t. VIII.

ment M. Fauvel (1) ait présenté quelques faits qui semblent difficiles à expliquer dans cette théorie des bruits du cœur. M. Fauvel, ayant observé plusieurs cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, a constaté l'existence d'un bruit de souffle qui *précédait* le premier bruit et cessait *au moment* où celui-ci se faisait entendre; or il paraît naturel de penser que, si le premier bruit du cœur était dû au choc du sang dans la dilatation brusque du ventricule, le bruit de souffle aurait lieu *en même temps* que le bruit de choc; car c'est au moment même où le sang traverse l'orifice, qu'il va frapper les parois ventriculaires. On expliquerait alors cette succession des deux phénomènes, en admettant que le bruit de souffle est causé par le passage du sang à travers l'orifice rétréci sans qu'il y ait bruit de choc, et que la réplétion du ventricule étant accomplie, le bruit de contraction musculaire, véritable bruit normal, vient terminer la série de ces phénomènes. On pourrait se fonder, dans cette explication, sur ce que la dilatation du ventricule et la contraction ont lieu dans un moment si indivisible selon cette théorie, qu'il ne paraît pas possible, au premier abord, de déterminer d'une manière précise si le bruit a lieu dans la dilatation plutôt que dans la contraction. Mais M. Beau répond que le bruit anormal, non seulement *précède*, mais *accompagne* le premier bruit du cœur, ce qui est formellement indiqué dans les observations de M. Fauvel, et ce qui ne pourrait avoir lieu si le bruit normal était dû à la contraction ventriculaire, puisque, au moment même où cette contraction a lieu, l'orifice auriculo-ventriculaire est fermé, et le sang cesse de traverser ce passage rétréci. C'est là encore une objection des plus fortes, et qui doit nous faire regarder la théorie des bruits proposée par M. Beau comme la plus probable, sinon comme certaine.

Causes du second bruit. Si maintenant nous examinons de la même manière les causes alléguées comme donnant lieu au second bruit, voici ce que nous trouvons: On a invoqué d'abord la dilatation ventriculaire et la collision du sang qui afflue dans les ventricules; or nous ne pouvons admettre cette cause, puisque, dans la théorie précédemment adoptée, il n'y a au second temps ni dilatation ventriculaire, ni afflux du sang dans les ventricules. Viennent ensuite la tension brusque des valvules sygmoïdes, et le choc en retour, sur leur face supérieure, des colonnes sanguines lancées dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Ces deux causes me paraissent devoir être réunies en une seule, car elles ont lieu dans un moment indivisible. Ici nous trouvons de nombreuses expériences pour appuyer cette manière de voir. Nous connaissons déjà celle de M. Rouanet. Par contre-partie, MM. Hope, Williams, Pennock et Moore (2), le comité de Dublin et le comité de Londres ont, en fixant avec des crochets les valvules sygmoïdes, ou en les détruisant, fait voir que ce second bruit du cœur se convertit en un souffle prononcé, comme dans l'insuffisance morbide. Tout semble donc se réunir pour démontrer la théorie de M. Rouanet relativement au second bruit. Mais M. Beau, appliquant à ce second bruit la même théorie qu'au premier, en a trouvé la cause dans le choc du sang contre les parois de l'oreillette, dans laquelle ce liquide afflue brusquement, immédiatement après la contraction musculaire. M. Beau s'appuie principalement encore

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. I.
(2) *The med. Examiner*, 1839, n° 44.

sur le choc de la base du cœur contre la poitrine, au moment où la dilatation brusque des oreillettes la pousse en avant, choc qui produit chez certains sujets un soulèvement marqué et notable, surtout dans l'hypertrophie auriculaire. Il semble, au premier abord, que l'expérience dont je viens de parler, et qui consiste à produire une insuffisance artificielle des valvules sygmoïdes, détruit entièrement la théorie de M. Beau, appliquée au second bruit; mais cet expérimentateur a observé qu'en pareil cas, ou lorsqu'il y a insuffisance morbide, le second bruit n'est pas *détruit*, comme on peut le croire au premier abord, mais seulement *masqué* par un bruit de souffle plus voisin de l'oreille. Il a mis le fait hors de doute en auscultant latéralement et en arrière, où s'entendait encore le bruit normal, observation faite d'ailleurs par d'autres médecins, et dont on peut facilement constater l'exactitude. Voilà une objection bien forte, et il est surprenant qu'on n'ait pas jusqu'à présent cherché à y répondre autrement qu'en invoquant la persistance du bruit normal dans une partie du cœur non altérée (les cavités droites ordinairement). Cette réponse ne me paraît pas décisive, et c'est un point sur lequel il faut attirer l'attention des observateurs, car jusqu'à ce qu'on ait cité des faits plus concluants, on ne saurait attaquer raisonnablement la théorie de M. Beau, dont, en avançant dans cette discussion, nous devons reconnaître de plus en plus la solidité. Toutefois je dois dire que les expériences positives de M. Rouanet et des auteurs qui l'ont suivi portent à admettre comme partie constituante de la cause du second bruit le choc du sang contre des valvules brusquement abaissées; et c'est ce que M. Beau a reconnu lui-même, en plaçant ce choc parmi les bruits de *renforcement*.

Ainsi, selon moi, la théorie de M. Beau sur les bruits du cœur est à la fois la plus simple et la mieux démontrée. Toutefois je n'oserais pas me prononcer sur ce point aussi formellement qu'à l'égard des mouvements du cœur; car je reconnais qu'il y a encore quelques difficultés qui n'ont pas été suffisamment levées par les expériences physiologiques et les observations pathologiques.

ARTICLE V.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

La longue discussion à laquelle je me suis livré m'a paru absolument nécessaire pour fixer avec autant de précision que possible ce qu'il importe de connaître dans la situation, l'état physique et les fonctions du cœur. Si, en effet, on n'a pas bien présent à l'esprit ce qui a lieu dans l'état normal, on ne peut suivre qu'avec beaucoup de peine, et souvent sans fruit, les développements pathologiques. Mais les détails dans lesquels je suis entré sont tels, que, pour en tirer tout le parti possible, il est absolument nécessaire d'en donner un résumé succinct qui permette au lecteur de saisir d'un seul coup d'œil les points réellement importants.

1° *Situation du cœur.* Une ligne tracée parallèlement au bord supérieur de la troisième côte correspond à peu près à la base du cœur et aux orifices artériels. La pointe bat à 4 ou 6 centimètres au-dessous du mamelon. Le ventricule droit est situé en partie sous le sternum, en plus grande partie à gauche de cet os; le ventricule gauche est entièrement à gauche.

Les ventricules, cachés en assez grande partie par les poumons, ne sont à découvert que dans une étendue de 4 ou 6 centimètres carrés.

2° *Volume du cœur.* Il augmente à mesure qu'on avance en âge. Il est moins considérable chez le sexe féminin (*voy.* les mesures, p. 602).

3° *Orifices du cœur.* D'autant plus dilatés qu'on avance en âge, ils sont plus larges chez les hommes. (*voy.* les mesures, p. 604).

4° *Mouvements du cœur.* 1° Contraction des oreillettes, dilatation des ventricules, contraction des ventricules se succédant sans intervalle ; 2° afflux rapide du sang dans les oreillettes, puis continuation lente de cet afflux, et en même temps repos des ventricules ; puis nouvelle série de mouvements dans le même ordre.

5° *Bruits du cœur : Premier bruit*, dû au choc du sang lancé par les oreillettes dans les ventricules, se produisant pendant la dilatation, et par conséquent après le passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire ; *deuxième bruit*, dû au choc du sang affluant brusquement des veines sur les parois des oreillettes, et correspondant à cet afflux.

6° *Bruit de renforcement.* Contraction ventriculaire ; choc en retour, sur les valvules sygmoïdes, du sang projeté dans les grosses artères ; chocs du cœur contre la poitrine.

Telles sont les circonstances qu'il faut avoir bien présentes à l'esprit. Mais, de plus, il résulte de tout ce qui précède que, lorsque le médecin pratiquera l'auscultation pour reconnaître le siége de la maladie et la cause des phénomènes morbides, il devra constater avec soin quel est le temps où se produit le phénomène, apprécier sa forme et son intensité, rechercher si les bruits normaux sont altérés, ou s'il y a seulement un bruit anormal surajouté, car tout cela est de la plus grande importance.

A l'aide de la percussion, il s'assurera si le cœur n'est point déplacé ; s'il y a ou non augmentation de volume de cet organe produisant une matité plus étendue qu'à l'état normal. Enfin, par l'inspection, il jugera, au soulèvement de la poitrine, de la force d'impulsion, et il notera le lieu où se font les battements de la pointe et de la base.

Passons, après ces préliminaires indispensables, à l'étude des maladies dont le cœur est le siége. Et d'abord étudions les affections dues aux diverses lésions de la membrane interne, ou de l'*endocarde*.

CHAPITRE II.

MALADIES DE L'ENDOCARDE.

Il en est du cœur comme des autres organes : les affections de ses divers tissus n'ont été bien étudiées que dans ces derniers temps. Il fallait que l'anatomie générale, si brillamment fondée par Bichat, vînt éclairer la pathologie, pour que l'observation, qui s'exerçait jusque-là sur les maladies complexes d'un organe considéré dans son ensemble, distinguât enfin les unes des autres les lésions simples des divers tissus. Les tissus membraneux, plus difficiles à isoler, devaient surtout se ressentir

de ces progrès de l'anatomie. Aussi les maladies de l'endocarde, primitivement confondues avec les autres affections du cœur, ont-elles commencé à fixer plus spécialement l'attention de Corvisart ; puis leur étude est devenue peu à peu plus complète, et chaque jour encore lui fait faire de nouveaux progrès. Ces réflexions feront comprendre pourquoi, dans le cours de ce chapitre, les recherches ne remonteront guère au delà de l'auteur que je viens de citer.

ARTICLE I.

ENDOCARDITE AIGUË.

Les recherches un peu sérieuses sur cette maladie sont d'une date toute récente. A peine en trouve-t-on une mention dans l'ouvrage de Corvisart (1). Kreysig (2) et Laënnec (3) n'entrent pas dans de plus grands détails. C'est M. Bouillaud qui, le premier, a étudié la maladie sous tous ses points de vue, et en a rapporté des observations complètes. Plusieurs auteurs, et en particulier MM. Simonet (4), Cazeneuve (5), Hope, Grisolle, etc., ont cité des faits où l'existence de cette affection est démontrée. J'ai rassemblé autant que possible les observations les plus exactes, et je vais, dans l'article qui suit, donner le résultat de leur examen, tout en reconnaissant que, malgré les recherches récentes, l'endocardite aiguë est encore une des maladies les moins bien connues du cadre nosologique.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom d'*endocardite* à l'inflammation de la membrane interne du cœur, dans quelque point des cavités qu'elle se montre.

Cette maladie a été désignée par M. Simonet sous le nom de *cardite partielle*. Hope lui donne celui d'*endocarditis*, ou *inflammation of the internal membrane of the heart*.

Suivant M. Bouillaud, cette maladie serait *très fréquente*. Il pense, en effet, qu'elle se développe dans le plus grand nombre des maladies fébriles très intenses. D'après Laënnec, au contraire, ce serait une maladie fort rare. C'est une question qu'il ne sera permis de résoudre qu'après avoir apprécié la valeur des diverses lésions admises par les auteurs. On peut se prononcer avec plus de confiance sur la *fréquence relative* de l'endocardite primitive et de l'endocardite secondaire. La première, en effet, est extrêmement rare ; presque tous les cas qui ont été cités appartiennent à la seconde, ainsi que nous allons le voir en étudiant les causes.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il serait inutile de chercher dans les observations des renseignements très précis sur l'influence des diverses conditions d'*âge*, de *sexe*, de *tempérament*, de con-

(1) *Essai sur les mal. du cœur*, 3e éd. ; Paris, 1818.
(2) *Die Krankheit des Herzens* ; Berlin, 1814.
(3) *Traité de l'ausc. méd.*, 3e éd., t. III, p. 200.
(4) *Sur la cardite part. et gén.* ; Thèse, Paris, 1824.
(5) *Essai sur l'endocardite aiguë* ; Thèse, Paris, 1836.

stitution, dans la production de l'endocardite. En réunissant 28 observations empruntées à MM. Bouillaud, Hope, Grisolle, et qui peuvent se rapporter à l'état aigu, on trouve qu'il y a un même nombre de femmes que d'hommes: 14. Quant aux autres circonstances, nous ne pouvons rien tirer de positif de l'étude des faits.

Il n'en est pas de même relativement aux *affections dans le cours desquelles se développe l'endocardite*. Si, en effet, nous examinons sous ce point de vue les observations, nous trouvons dans 21 cas cités par les auteurs, qu'elle s'est développée dix-neuf fois dans le cours d'une maladie fébrile. Le *rhumatisme articulaire aigu* est, de toutes les affections, celle qui produit le plus souvent l'endocardite; neuf fois, en effet, dans ces 21 cas, c'est dans son cours qu'elle a pris naissance; vient ensuite la *pneumonie*. La *phlébite*, la *gangrène*, un *abcès de l'abdomen*, une *néphrite*, les *fièvres éruptives*, sont des affections pendant lesquelles elle s'est quelquefois développée. Dans un cas il n'existait qu'une *hypertrophie du cœur*, et dans une autre une *phthisie tuberculeuse*. Les recherches récentes du docteur Latham (1), faites sur un nombre plus considérable de sujets, confirment ces conclusions. Il suit de là que l'endocardite ne doit être considérée, dans la très grande majorité des cas au moins, que comme une simple complication dont nous apprécierons plus loin l'importance. On a cité quelques faits d'endocardites qui se seraient montrées dans le cours d'une *fièvre typhoïde;* mais l'examen des observations ne m'a point permis de regarder leur existence comme parfaitement démontrée; car les lésions trouvées dans l'endocarde paraissaient avoir préexisté aux lésions de la fièvre typhoïde.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles de l'endocardite aiguë sont entièrement inconnues. On a dit, il est vrai, que ces causes étaient les mêmes que celles de la péricardite, et qu'elles consistaient principalement dans un refroidissement brusque, le corps étant en sueur; mais cette assertion ne se trouve pas confirmée par les observations. On y voit quelquefois la maladie primitive rapportée à un refroidissement brusque; mais on ne peut y découvrir pourquoi chez certains sujets, plutôt que chez d'autres placés dans les mêmes conditions, il s'y joint une endocardite. Il faudrait, pour que l'existence de ces causes fût démontrée, qu'un nouveau refroidissement, un nouvel *arrêt de la transpiration* eût lieu peu de temps avant l'apparition de l'endocardite, et c'est ce qu'on n'observe pas. C'est donc là un sujet de recherches qui doit attirer l'attention des observateurs.

§ III. — Symptômes.

On chercherait en vain, dans les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années, une histoire exacte de l'endocardite. Jusqu'à M. Bouillaud, en effet, on a enveloppé dans une seule et même description l'inflammation du tissu du cœur et celle de sa membrane interne. Corvisart ne croyait pas que cette dernière pût être enflammée isolément, ou du moins il regardait ce fait comme extrêmement rare. Laënnec partageait cette manière de voir; aussi ne s'est-il pas occupé d'une ma-

(1) *Lect. on subj. connect. with clin. med.;* Lond., 1845.

nière spéciale de l'affection dont il s'agit. Quant à Kreysig et aux auteurs plus anciens, ils ont exposé dans un même article, non seulement l'inflammation du tissu musculaire du cœur et de sa membrane interne, mais encore celle du péricarde. Il est évident que, dans l'état actuel de la science, ces descriptions seraient plutôt une source d'erreurs que de renseignements utiles. Consultons donc, parmi les observations des modernes, celles ou l'inflammation est restée bornée à l'endocarde.

Le *début* de l'endocardite ne présente rien de particulier, sinon que dans plusieurs cas où la maladie primitive semblait s'amender, son apparition a donné lieu des symptômes de recrudescence. La maladie une fois confirmée, voici ce qu'on noté :

La *douleur*, suivant M. Bouillaud, manque le plus souvent, et n'existe guère que dans les cas où il y a complication de péricardite et de pleurésie. L'étude de 33 observations empruntées aux divers auteurs, et réunies dans le but d'apprécier les symptômes, nous apprend que cette assertion est exacte, puisque deux fois seulement il a existé, à la région précordiale, une douleur peu vive qu'on pouvait attribuer à l'inflammation de l'endocarde. Dans ces cas, l'endocardite n'était pas plus intense que dans les autres.

On a parlé d'une *voussure* à la région précordiale comme un signe appartenant en partie à l'endocardite ; mais, comme le fait remarquer M. Bouillaud lui-même, qui attache quelque importance à cette voussure, elle ne se manifeste que dans les cas où il y a complication de péricardite, ce qui démontre que c'est uniquement à cette dernière qu'il faut la rapporter.

Suivant M. Bouillaud, il existerait à la région précordiale une *matité* qui varierait de 11 à 44 centimètres carrés ; mais je n'ai point trouvé, dans les cas d'endocardite aiguë, de matité qui s'élevât au-dessus de 13 centimètres carrés. Nous verrons si, dans l'endocardite chronique, il en est autrement. Dans les cas où la matité est très étendue, elle est due à une complication de péricardite, et dépend entièrement de l'accumulation de sérosité dans le péricarde. Rien ne prouve donc qu'une matité étendue soit un signe appartenant en propre à l'endocardite aiguë.

Les *battements* du cœur sont regardés comme fournissant des signes très importants dans cette affection ; mais malheureusement on ne trouve pas très souvent, dans les observations, leur état indiqué d'une manière convenable ; il n'en est question, en effet, que dans 12 cas sur les 33 que j'ai rassemblés. Dans presque tous ces cas, l'*impulsion* était forte, la paroi antérieure du thorax était soulevée fortement et dans une étendue assez considérable. Deux fois, en appliquant la main sur la région précordiale, on sentait un *frémissement vibratoire* assez marqué. Dans un cas, l'impulsion est déclarée nulle, et dans un autre il est dit simplement qu'il y avait des palpitations. La régularité des battements n'a point été convenablement étudiée, en sorte qu'il n'est point permis de se prononcer sur ce point. Dans un cas, on a remarqué que la pointe du cœur battait en dehors du mamelon, et c'est le seul qui fasse mention de cette particularité, qui néanmoins doit avoir de l'importance.

Si à cette description des battements nous joignons celle du *pouls*, qui doit naturellement la suivre, nous voyons qu'il importe de distinguer son état au com-

mencement et à la fin de la maladie. A une époque rapprochée du début, le pouls s'est, en effet, montré, dans le petit nombre de cas où il a été examiné avec soin, fort, dur, et assez fréquent. Vers la fin, au contraire, il est devenu petit, misérable, intermittent, sans perdre de sa fréquence, ou plutôt en en acquérant une plus grande, et en s'élevant jusqu'à 130 pulsations. M. Simonet croit avoir découvert un signe particulier du pouls correspondant à l'inflammation de la partie de l'endocarde qui recouvre l'orifice ventriculo-aortique. Ce signe consiste dans la sensation d'un frottement qui pourrait faire croire que l'artère donne passage à des globules résistants, plutôt qu'à un liquide.

L'*auscultation*, appliquée à l'étude de cette maladie, n'a pas, dans un grand nombre de cas, donné de résultats satisfaisants. Si, en effet, on a soin de distinguer l'endocardite aiguë des altérations valvulaires dont la date est ancienne, qui sont un simple résultat de cette inflammation et non cette inflammation elle-même, on voit qu'à peine, dans un très petit nombre de cas, on trouve un ou deux signes stéthoscopiques qu'on puisse lui rapporter avec probabilité. Ainsi 7 fois seulement sur 33 cas d'endocardite aiguë, je trouve les bruits du cœur mentionnés. Dans un cas, ils étaient étouffés ; dans 4 il y avait un bruit de souffle correspondant au premier bruit chez trois sujets, et double chez le quatrième. Chez un d'eux, le bruit de souffle était mêlé d'un bruit de râpe. Dans les cas où le souffle existait au premier bruit, les altérations avaient lieu principalement au niveau de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, et se produisaient au moment où le sang était lancé de l'oreillette dans la cavité ventriculaire. Chez deux autres sujets, il existait un bruit de râpe et un sifflement. M. Cazeneuve a noté un *tintement métallique* qui avait déjà été signalé par M. Bouillaud (1).

En même temps qu'on observe ces symptômes du côté du cœur, on en remarque assez souvent d'autres du côté des voies respiratoires. Malheureusement les observateurs ont encore négligé fréquemment de décrire l'état de la respiration; mais dans 11 cas où il a été noté, nous ne trouvons la respiration libre qu'une seule fois. Dans les autres, elle était plus ou moins gênée, fréquente, avec oppression et étouffement.

Il est difficile de dire si le mouvement fébrile qui existait dans le plus grand nombre des cas dépendait en tout ou en partie de l'inflammation de l'endocarde, ou s'il lui était entièrement étranger. On peut admettre que l'apparition d'une nouvelle inflammation a simplement donné une impulsion nouvelle à la *fièvre* déjà existante, car, dans certains cas de rhumatisme articulaire, on a pu aussi bien constater ce fait. Ce que je dis du mouvement fébrile s'applique également aux *convulsions*, à l'*assoupissement*, au *délire*, qu'on a observés dans un petit nombre de cas, et qui ne paraissent avoir qu'un rapport très éloigné avec l'endocardite.

Le *décubitus* ne présente rien de remarquable. Cependant, dans une des observations rapportées par M. Simonet, on voit que le malade était obligé de se coucher sur le côté droit. L'état du *tube digestif* n'offre rien qu'on puisse rapporter à l'endocardite.

Tels sont les symptômes de cette maladie. On voit combien ils sont obscurs et

(1) *Traité clin. des mal. du cœur;* Paris, 1841, 2 vol. in-8.

peu constants. Non seulement ils ne se sont trouvés jamais qu'en petit nombre dans les divers cas soumis jusqu'à présent à notre observation, mais encore ils ont pu le plus souvent être rapportés à une autre affection qu'à l'endocardite. Il est donc bien à désirer que cette affection soit étudiée avec méthode et persévérance, car les difficultés de cette étude sont très grandes.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de l'endocardite ne présente rien de remarquable, si ce n'est que la maladie va ordinairement toujours croissant, surtout lorsqu'il s'est formé un obstacle au niveau d'un des orifices du cœur.

Quant à la *durée*, on voit, d'après les observations, qu'elle est généralement courte dans les cas où la maladie se termine par la mort. Elle n'a pas, en effet, dépassé six jours. Toutefois elle n'a pu être appréciée que dans un très petit nombre de cas. Dans ceux où les malades ont guéri, je ne trouve que deux fois la durée précisée ; elle est de onze à vingt jours.

Il est également très difficile d'apprécier la terminaison de l'endocardite ; on le conçoit facilement, lorsqu'on se rappelle que cette affection n'existe presque jamais à l'état de simplicité et qu'elle vient en compliquer une autre plus grave. Cependant on peut accorder une assez grande importance à l'endocardite comme cause de mort ; car : 1° nous savons qu'une maladie, quelque légère qu'elle soit en apparence, lorsqu'elle vient en compliquer une autre, ajoute à celle-ci une très grande gravité ; et 2° dans les cas où l'on a pu constater rigoureusement l'apparition de l'endocardite, on a vu qu'en effet l'affection à laquelle elle vient s'adjoindre augmente aussitôt d'intensité, et fait dès ce moment des progrès vers une terminaison fatale, alors même qu'elle avait semblé auparavant marcher rapidement vers la guérison. Dans 26 cas assez détaillés, je trouve que la terminaison a été fatale 20 fois ; qu'il n'y a eu une guérison complète que dans 3 cas, et que dans les autres, les malades sont restés avec quelques symptômes du côté du cœur qui faisaient craindre pour l'avenir.

Suivant Hope, la maladie se termine ordinairement en huit jours, et s'il reste encore quelques symptômes locaux, on peut être presque certain qu'elle passera à l'état chronique.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un grand soin ; mais à ce sujet il faut établir une distinction capitale qui n'a pas été faite ordinairement par les auteurs. On trouve, en effet, dans les traités des maladies du cœur, une description générale, ou plutôt une réunion de toutes les descriptions des lésions qui se rapportent à l'endocardite aiguë, de celles qui sont dues à une endocardite chronique, de celles qui sont le simple résultat d'une endocardite aiguë qui a disparu, mais qui a laissé après elle des traces ineffaçables, et enfin de celles qui se développent pour ainsi dire spontanément dans l'intérieur du cœur, et qu'on ne peut guère, ainsi qu'on le verra plus tard, rapporter qu'à une cartilaginification ou à une ossification due aux progrès de l'âge. Cette manière de présenter les faits introduit nécessairement dans les descriptions une confusion qui ne permet plus de s'y reconnaître. Je ne vais donc m'occuper ici que des lésions qu'on peut exclusivement rapporter à l'endocardite à l'état aigu.

La rougeur de la membrane interne du cœur a d'abord fixé l'attention, et à ce sujet il s'est élevé quelques discussions qui ont de l'importance. Le cœur contenant du sang avec lequel sa membrane interne est toujours en contact, il en résulte que la surface interne de cet organe peut être colorée en rouge par ce liquide; de telle sorte qu'il est assez difficile de distinguer cette coloration de celle qui est due à une véritable inflammation. On connaît les expériences qui ont été faites par Laënnec, MM. Andral, Trousseau, etc.; or il résulte de ces expériences qu'une coloration uniforme, siégeant surtout dans les parties les plus déclives, pénétrant au-dessous de la membrane interne comme par imbibition, et sans altération de tissu, doit être regardée comme un effet cadavérique. Cependant il est des faits de ce genre que plusieurs auteurs ont cités comme des cas d'endocardite ; mais on doit les regarder comme au moins très douteux. La teinte que prend l'endocarde est très variable: M. Bouillaud l'a vue d'une couleur vive, rosée, écarlate, violette et même brunâtre, et il a constaté que ces diverses colorations étaient toujours plus intenses au niveau des valvules. Il a remarqué aussi que la coloration anormale ne pénétrait pas au-dessous de la membrane interne, et ne disparaissait pas par le simple lavage, mais seulement par une macération prolongée.

L'*épaississement* et le *ramollissement* de la membrane interne du cœur ont été notés dans la plupart des observations de M. Bouillaud. Quelquefois, au lieu d'un ramollissement, il y avait une fragilité plus grande de l'endocarde. M. Cazeneuve a vu des cas où la membrane se détachait très facilement du tissu sous-jacent, auquel elle était unie par un tissu cellulaire très ramolli. Presque tous les auteurs ont cité un état particulier de la membrane interne du cœur, qui présente des *ulcérations* plus ou moins nombreuses; mais on ne trouve pas d'observations bien détaillées de cette altération remarquable, dont Bonnet, Morgagni, Corvisart avaient déjà présenté des exemples, et dont M. Bouillaud cite une observation abrégée. Ces ulcérations sont ordinairement superficielles; lorsqu'il existe de profondes déperditions de substance, la maladie a été ordinairement causée par un abcès du tissu propre du cœur.

Comme dans les autres maladies des membranes à texture séreuse, il peut se former à la surface de l'endocarde des concrétions de forme variable et plus ou moins épaisses, qui, lorsqu'elles sont situées à l'un des orifices, gênent le cours du sang et donnent lieu aux bruits anormaux signalés plus haut. Ainsi on a trouvé des fausses membranes plus ou moins adhérentes, parvenues à un degré d'organisation plus ou moins avancé, et se séparant de l'endocarde, qui ne présentait aucune solution de continuité au-dessous d'elles. Kreysig (1) en cite plusieurs exemples empruntés à divers auteurs. Il faut savoir distinguer de ces fausses membranes, dues à une inflammation aiguë, l'épaississement et l'opacité qui surviennent dans différentes parties de l'endocarde à mesure qu'on avance en âge, et qui ont été si bien étudiées par M. Bizot. D'autres fois les concrétions sont irrégulières, friables, semblables à de petits grains agglomérés, intriquées dans les tendons et les fibres musculaires, adhérentes à la membrane interne, offrant une couleur blanche ou légèrement rosée. M. Grisolle (2) en a rapporté un exemple très remarquable.

On a beaucoup discuté pour savoir si la coagulation du sang dans les cavités du

(1) *Loc. cit.*, 2e partie, sect. 1re, chap. III.
(2) *Journ. hebdom.*, t. II, p. 44.

cœur était due ou non à l'endocardite. Dans la plupart des maladies aiguës, et principalement dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire, on trouve dans le cœur de gros caillots polypiformes et décolorés. Lors donc que, dans un cas d'endocardite, il existe des caillots de ce genre, on ne saurait les attribuer à cette maladie. Il n'en est pas de même lorsque les caillots présentent, non une simple intrication, mais une adhérence réelle aux parois du cœur, et lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré d'organisation. Il est alors permis d'admettre l'existence d'une endocardite.

Il est fort rare qu'on rencontre du pus libre dans les cavités du cœur. D'après M. Bouillaud, le fait peut avoir existé quelquefois, mais je n'en ai pas trouvé d'exemples dans les observations. Dans quelques cas on a trouvé du pus au centre même d'un caillot intriqué dans les tendons des valvules, et, dans ces cas, les lésions de la membrane interne dues à l'inflammation devaient faire admettre que le pus avait été excrété par elle et enveloppé ensuite dans un caillot. On s'est demandé, à cette occasion, si le pus ne se serait pas produit dans le caillot lui-même ; mais c'est là une question d'anatomie pathologique qui nous entraînerait au delà de nos limites.

Une des lésions les plus graves par ses conséquences, et par suite une des plus importantes à considérer, est l'*adhérence* morbide de certaines parties du cœur qui doivent rester mobiles pour l'accomplissement normal de la circulation. C'est ainsi qu'on a vu une partie plus ou moins étendue des valvules auriculo-ventriculaires devenir adhérente aux parois des ventricules, les valvules de l'aorte adhérer entre elles par leurs bords voisins et quelquefois par leurs extrémités opposées, et la même lésion se produire dans les valvules auriculo-ventriculaires. Quoique ces lésions se montrent bien plus fréquemment dans les maladies chroniques du cœur, alors que l'endocardite aiguë a depuis longtemps disparu, on ne peut s'empêcher de les rapporter, au moins pour la plupart, à cette affection, d'autant plus qu'on les a observées aussi dans des cas récents, quoiqu'à un degré moins avancé ; mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir plus tard.

Telles sont les lésions qu'on peut rapporter à l'endocardite aiguë. Ajoutons qu'elles siégent le plus souvent aux environs des orifices et au niveau de ces orifices eux-mêmes. Elles pourraient, je le répète, être confondues avec certains états de la membrane interne du cœur dus aux progrès de l'âge. C'est ainsi que quelquefois on a regardé comme un épaississement morbide le développement remarquable qui se fait naturellement dans la membrane interne de l'oreillette gauche, et qui, joint à une opacité notable, et la facilité avec laquelle on peut y produire deux ou trois feuillets, la font différer considérablement de la membrane interne de l'oreillette droite. Il en est de même des taches laiteuses dont j'ai déjà parlé.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Si l'on se rappelle le peu de constance des principaux symptômes, on ne sera pas étonné de trouver pour l'endocardite aiguë un diagnostic très difficile et très obscur. De tous les symptômes qui ont été indiqués, il n'en est, en effet, aucun qui caractérise la maladie ; d'où il suit qu'on peut arriver, dans le diagnostic de l'endocardite aiguë, à des probabilités plus ou moins grandes, mais qu'on ne sau-

rait écarter toutes les causes d'incertitude. Cependant M. le docteur Munk (1) a avancé que cette maladie est une forme fréquente des maladies du cœur, qu'elle est le point de départ des maladies des valvules et des hypertrophies ; que son diagnostic est facile, et que le traitement dirigé contre elle, lorsqu'elle est récente, peut couper court aux accidents. L'objection qu'on peut faire à M. Munk, c'est qu'il n'est nullement certain que la maladie ait commencé, dans les cas qu'il cite, aux époques indiquées dans les observations, et que dès lors toutes les conséquences qu'il a tirées des faits qu'il a observés sont attaquables. Relativement aux altérations des valvules en particulier, les recherches de M. Bizot prouvent que bien souvent on peut attribuer à une cause accidentelle des lésions préexistantes qui s'étaient développées spontanément. Voici comment on devra procéder dans ces cas embarrassants :

Si, dans le cours d'une maladie aiguë, il survient vers la région du cœur, soit une douleur, soit un malaise quelconque ; si le sujet éprouve une certaine anxiété, et si en même temps la fièvre, qui semblait s'apaiser, prend une nouvelle intensité, on pourra soupçonner l'apparition d'une endocardite. Si la matité précordiale restant la même, ou n'étant augmentée que faiblement, on constate une augmentation notable de l'impulsion, avec bruit sourd et parfois irrégulier ; si surtout on entend un bruit de souffle ou de râpe, sans qu'il y ait aucun signe de péricardite, on acquerra de plus grandes probabilités sur l'existence d'une inflammation de l'endocarde.

Hope a établi une distinction entre les cas où, malgré l'existence de l'endocardite, la circulation reste libre, et ceux où elle est embarrassée par la formation des diverses productions décrites plus haut. Dans le premier cas, suivant cet auteur, l'action du cœur est forte, violente, et cause un ébranlement du côté gauche. Le pouls est régulier, fort, plein et dur, excepté chez les sujets nerveux ; il est en même temps saccadé, et produit quelquefois ce frémissement des artères déjà signalé par M. Simonet, ce qui, suivant Hope, est dû à la *régurgitation* aortique. Enfin, en même temps que ces signes se montrent, il n'y a ni coloration rouge, ni bouffissure de la face, ni œdème, ni froid des extrémités. Dans les cas, au contraire, où il y a un obstacle au cours du sang, on trouve ces derniers signes, et de plus il y a un état irrégulier du pouls, les bruits du cœur sont étouffés, etc. Plusieurs raisons s'opposent à ce qu'on admette sans restriction ce diagnostic de Hope : d'abord il est à remarquer que cet auteur a traité, dans un seul et même article, de l'endocardite aiguë et de l'endocardite chronique, ce qui a été malheureusement fait aussi par plusieurs autres auteurs, et ce qui jette beaucoup de confusion dans l'histoire de cette maladie ; en second lieu, Hope n'a point fait de relevés d'observations, et l'on trouve plusieurs faits qui pourraient entrer aussi bien dans l'un que dans l'autre des deux groupes qu'il a formés. Reconnaissons donc que le diagnostic de l'endocardite a besoin, pour acquérir un degré suffisant de précision, de recherches nouvelles et plus rigoureuses.

Si ce diagnostic est difficile relativement à l'endocardite considérée d'une manière générale, il l'est bien plus encore lorsqu'il s'agit de déterminer le point où siége l'inflammation. On ne peut guère y parvenir que dans les cas où il y a, à

(1) *The Lancet*, octobre 1846.

l'un des orifices, un obstacle mécanique au cours du sang. Alors les bruits de souffle qui se produisent peuvent servir à cette détermination. Si le bruit de souffle ou de râpe se fait entendre *un peu avant* le premier bruit, qu'il accompagne ensuite, on doit admettre l'existence d'un obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire. S'il a lieu *au moment même* du premier bruit, il est dû à un rétrécissement de l'orifice artériel. S'il se produit *pendant le second* bruit, on doit admettre l'existence d'une insuffisance artérielle due à une inflammation intense des valvules qui leur ôte leur souplesse, ce qui permet au sang de refluer dans le ventricule. M. Charcellay a cité des exemples de ce fait dont la possibilité avait été admise par mon ami le docteur A. Guyot.

Quant au côté dans lequel se trouve la lésion, il serait, quoi qu'on en ait dit, fort difficile de le soupçonner, si l'on ne savait que dans presque tous les cas l'inflammation occupe les cavités gauches du cœur. Le lieu dans lequel se produisent les bruits n'est pas, en effet, suffisant pour qu'on puisse d'après lui diagnostiquer le siége précis de l'endocardite ; c'est, au reste, une question sur laquelle j'aurai à revenir.

Le *diagnostic différentiel* de l'endocardite présente moins de difficultés, parce que l'on peut y parvenir par voie d'exclusion. Ce n'est guère qu'avec la péricardite, la cardite, les palpitations nerveuses et l'hypertrophie du cœur, qu'on pourrait la confondre ; voyons comment on parviendra à distinguer ces diverses affections.

Dans la *péricardite*, nous trouvons une voussure qui manque presque toujours, si ce n'est toujours, dans l'endocardite ; une matité très étendue ; l'éloignement des bruits du cœur, et par suite leur faiblesse ; l'absence ou l'éloignement de la respiration dans toute l'étendue de la région précordiale et au delà, et de plus la douleur, quelquefois faible il est vrai, due à l'inflammation de la membrane séreuse. Dans l'endocardite, les battements sont superficiels et souvent violents ; la matité est peu étendue, et la douleur presque toujours nulle. Le bruit de râpe qu'on observe à la région précordiale dans la péricardite est superficiel et ordinairement double ; en un mot, la plupart des signes qui caractérisent ces deux maladies diffèrent sensiblement.

Je ne rechercherai si l'on peut distinguer l'endocardite de la cardite qu'après avoir fait connaître ce que nous savons sur cette dernière maladie, afin que l'on ait les deux points de comparaison présents à l'esprit.

Dans le cas où il surviendrait une affection fébrile chez un sujet affecté de *palpitations nerveuses*, on conçoit qu'au premier abord on pourrait croire à l'existence d'une endocardite ; mais les antécédents, l'état anémique ou chlorotique dans lequel se trouve souvent le malade, l'existence de ces palpitations au début même de la maladie, viendraient éclairer le diagnostic, quoique, il faut le reconnaître, ce cas ne laissât pas d'être fort embarrassant.

Les difficultés ne sont plus les mêmes lorsqu'il s'agit de distinguer l'endocardite aiguë d'une hypertrophie du cœur, présentée par un sujet atteint en même temps d'une maladie fébrile. Ici l'existence des symptômes antérieurs, l'étendue de la matité, les symptômes secondaires, tels que la coloration de la face, l'œdème des extrémités, sont de quelque secours pour le diagnostic.

Toutefois, il faut le répéter encore, ce diagnostic de l'endocardite aiguë offre la

plus grande obscurité, et M. Bouillaud, qui s'en est le plus particulièrement occupé, a reconnu lui-même que les données ne sont pas encore suffisantes pour l'établir d'une manière solide.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de l'endocardite aiguë.*

Survient ordinairement *dans le cours d'une maladie aiguë.*
Malaise, douleur à la région précordiale ; *anxiété.*
Matité du cœur *peu étendue.*
Augmentation notable de l'impulsion.
Bruits *sourds*, battements parfois *irréguliers.*
Bruit de souffle ou de *râpe.*

2° *Signes servant à diagnostiquer le siége précis de l'endocardite aiguë.*

Bruit de souffle et de râpe *avant et pendant le premier temps* (obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire).
Bruit de souffle et de râpe *pendant le premier temps* (rétrécissement de l'orifice artériel).
Bruit de souffle *au second temps* (insuffisance artérielle).

3° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et de la péricardite avec épanchement considérables.*

ENDOCARDITE AIGUE.	PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE
Matité *peu étendue.*	Matité *étendue.*
Impulsion *forte.*	Impulsion *faible* ou *nulle.*
Bruit du cœur *voisins de l'oreille.*	Bruits du cœur *éloignés de l'oreille.*
Douleur presque toujours *nulle.*	Douleur fréquemment *assez vive.*
Bruit de souffle *profond.*	Bruit de souffle *nul.*

4° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et de la péricardite sèche.*

ENDOCARDITE AIGUE.	PÉRICARDITE SÈCHE.
Douleur *nulle* (signe douteux).	Douleur souvent *assez vive.*
Bruit de souffle *profond* simple.	Bruit de souffle, de râpe, ou frémissement vibratoire *superficiel parfois double.*
Oppression, gêne de la circulation *plus considérable* (Bouillaud).	Oppression, gêne de la circulation *moins considérable.*

Ce dernier diagnostic est, de l'aveu de tous les auteurs, fort douteux. Il n'est pas, en effet, un seul des signes que je viens d'indiquer qui caractérise parfaitement l'une des deux maladies.

5° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et des palpitations nerveuses, chez un sujet affecté d'une maladie fébrile.*

ENDOCARDITE AIGUE.	PALPITATIONS NERVEUSES CHEZ UN SUJET AYANT UNE AFFECTION FÉBRILE.
Point de palpitations *avant l'affection actuelle.*	Palpitations *avant la maladie actuelle.*
Troubles du cœur survenus *dans le cours de la maladie.*	Troubles du cœur au *début même de la maladie.*
Ni anémie, ni chlorose.	*Anémie, chlorose,* etc.

Ce diagnostic peut, dans certains cas, présenter de grandes difficultés.

6° *Signes distinctifs de l'endocardite aiguë et de l'hypertrophie du cœur, chez un sujet affecté d'une maladie fébrile.*

ENDOCARDITE AIGUE.	HYPERTROPHIE DU COEUR CHEZ UN SUJET AYANT UNE MALADIE FÉBRILE.
Point de troubles du cœur *avant la maladie actuelle.*	Troubles du cœur *avant la maladie actuelle.*
Matité *peu étendue.*	Matité *plus étendue.*
Coloration de la face, *ordinaire.*	Coloration *rouge* ou *violacée* de la face (signe douteux).
Pas d'œdème des extrémités.	*Œdème* des extrémités.

Pronostic. L'inflammation de l'endocarde étant très peu étendue, il semble, au premier abord, qu'elle ne doit avoir qu'une très faible gravité ; mais si l'on considère qu'elle survient ordinairement dans le cours d'une autre maladie fébrile grave, on doit nécessairement changer d'avis, car on sait qu'une nouvelle affection inflammatoire s'ajoutant à une maladie sérieuse, lui apporte un degré de gravité nouveau, et bien plus élevé qu'on ne pourrait le supposer, d'après l'étendue et la profondeur des lésions. D'un autre côté, si l'on a égard aux résultats consécutifs de l'endocardite, on ne peut s'empêcher de lui reconnaître une gravité réelle ; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle donne lieu à des altérations organiques qui, en gênant le cours du sang, déterminent des maladies chroniques, dont le dernier terme est la mort après de longues souffrances. L'endocardite est donc une des affections qui doivent inspirer le plus de craintes au praticien.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'endocardite aiguë est moins avancé qu'aucune autre partie de l'histoire de cette maladie. A peine si quelques recherches ont été faites sur ce sujet, qui cependant intéresse au plus haut point le médecin. Je vais présenter rapidement ce que les observations nous ont appris de plus positif.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines forment la base du traitement employé par tous les auteurs. Tous recommandent de pratiquer des *saignées abondantes ;* mais aucun n'a insisté plus fortement sur cette nécessité que M. Bouillaud, qui a appliqué à cette maladie sa formule des saignées coup sur coup Dans six cas rapportés par cet auteur, la guérison a eu lieu. Peut-être, vu les difficultés très grandes du diagnostic, pourra-t-on penser que quelques uns de ces cas étaient douteux. Cependant ce n'est là qu'une présomption, et d'ailleurs plusieurs de ces faits ne sauraient être révoqués en doute, et ceux-là suffisent pour nous faire admettre que dans l'endocardite aiguë les émissions sanguines très abondantes peuvent avoir un résultat avantageux. Il faut toutefois faire remarquer que M. Bouillaud emploie en même temps la *digitale* à une dose assez élevée, en sorte qu'il est très difficile de savoir quelle est l'efficacité des émissions sanguines en particulier. On peut voir à l'article consacré à la *pneumonie*, le traitement tel que l'emploie M. Bouillaud. Les *sangsues* appliquées à la région précordiale, ainsi que les *ventouses scarifiées*, ont l'avantage, outre les résultats qu'elles produisent par la perte du sang, d'enlever la gêne, le malaise qui se fait sentir dans cette région.

Des topiques *émollients*, des boissons *adoucissantes* prises en assez grande

abondance, complètent le traitement dit antiphlogistique. On n'a peut-être pas assez insisté sur l'abondance des boissons dans cette maladie. On conçoit, en effet, que les liquides ingérés dans l'estomac étant absorbés et arrivant en grande partie dans le torrent circulatoire, leur abondance pourrait avoir un effet avantageux sur le liquide sanguin qui a une si grande tendance à se coaguler.

Quelques *révulsifs*, tels qu'un *vésicatoire* sur la région précordiale, des *sinapismes*, des *frictions irritantes*, ont été aussi mis en usage; mais on conçoit qu'il faut être très réservé dans leur application, surtout lorsque la maladie présente un haut degré d'acuité; ils pourraient, en effet, ajouter à l'irritation générale, et produire de mauvais effets.

Digitale. Après les émissions sanguines, la *digitale* est le moyen qui a été employé avec le plus de persévérance; j'ai déjà dit que M. Bouillaud (1) l'avait prescrite dans tous les cas. Le mode d'administration de cette substance peut varier beaucoup. Kraüse, qui ne distinguait pas suffisamment l'endocardite de la cardite, a, dans un cas qu'il a désigné sous ce dernier nom (2), prescrit la formule suivante, dans laquelle il a ajouté à la digitale un diurétique et un calmant :

℞ Digitale pourprée.................................. 8 gram.

Faites une infusion avec :

Eau bouillante.................................. 210 gram.

Laissez refroidir et ajoutez à la colature :

Nitrate de potasse.......	8 gram.	Sirop de guimauve......	30 gram.
Eau de laurier-cerise....	12 gram.		

Dose : une cuillerée à bouche de deux en deux heures.

On peut simplement administrer la digitale en poudre à la dose de 0,10 à 0,15 grammes dans une potion; ou encore la teinture à la dose de 8 à 20 gouttes, progressivement. M. Bouillaud a appliqué la poudre de digitale sur la surface d'un vésicatoire placé à la région précordiale; il élève la dose du médicament jusqu'à 0,40 à 0,75 grammes.

Calomel. Hope recommande dans le traitement de l'endocardite les mêmes moyens que dans la péricardite; j'indiquerai sa médication lorsqu'il s'agira de cette dernière maladie. Je dirai seulement ici que cet auteur, comme au reste tous les praticiens anglais, employait le *calomel* dans les cas d'endocardite. Kreysig avait déjà prescrit cette substance, qu'il associait à plusieurs autres ainsi qu'il suit :

℞ Calomel.............	0,80 gram.	Magnésie calcinée....	āā 8 gram.
Kermès minéral.......	0,20 gram.	Sucre................	
Nitrate de potasse....	5 gram.		

Mêlez et divisez en huit paquets égaux. Dose : un toutes les deux heures.

Il est impossible de dire quel est le résultat de cette médication.

Les *purgatifs* ont été également mis en usage sans qu'il nous soit possible d'apprécier leur degré d'efficacité. Je ne crois donc pas nécessaire d'insister ici sur leur emploi.

(1) Voy. *Bull. de l'Acad. de méd.*; Paris, 1850, t. XV, p. 333.
(2) *De carditide idiopathica acuta*; Berol., 1826.

Nous avons vu que les *diurétiques* ont été unis, dans le traitement de l'endocardite aiguë, aux sédatifs et aux antiphlogistiques; mais comme il n'a été fait aucune recherche exacte dans le but de savoir quels sont leurs effets réels, nous n'avons rien à en dire de positif. On pourrait, dans des cas d'endocardite bien déterminée, mettre en usage les diurétiques à haute dose, comme Laënnec le faisait pour la pleurésie. Mais il n'est pas possible de prévoir si le résultat serait aussi avantageux qu'on pourrait l'espérer.

Quelques *bains tièdes* ont été prescrits comme adjuvants dans le traitement de cette affection.

Le *régime* doit être sévère et la diète absolue dans les premiers temps de la maladie. On ne doit accorder des aliments que lorsque tous les symptômes sont notablement amendés, et encore ne doit-on le faire qu'avec de grandes précautions.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE AIGUË.

1° Repos absolu au lit.

2° Écarter toutes les causes qui peuvent produire de vives émotions.

3° Éviter les causes de refroidissement.

Résumé; ordonnance. Un simple coup d'œil sur ce qui précède suffit pour montrer qu'on ne doit avoir de confiance réelle que dans l'emploi des saignées et de la digitale; les autres moyens ont besoin d'être expérimentés de nouveau pour qu'on puisse avoir une opinion arrêtée sur eux. Présentons, dans les deux ordonnances suivantes, le traitement le plus généralement employé.

Ire Ordonnance.

1° Pour boisson, très légère infusion de mauve ou de tilleul, prise en grande abondance.

2° Saignées larges et répétées, ventouses scarifiées sur la région précordiale; sangsues sur le même point.

3° De 0,10 à 0,15 grammes de digitale dans une potion ou en pilules.

4° Entretenir la liberté du ventre par de légers purgatifs.

5° Diète absolue.

IIe Ordonnance.

1° Même boisson.

2° Saignées *ut suprà*.

3° Nitrate de potasse......	4 gram.	Sirop des cinq racines.. 40 gram.
Eau de sureau........	200 gram.	

Mêlez. A prendre par cuillerées.

4° Calomel à la dose de 0,30 à 0,40 grammes; ou bien la formule de Kreysig (*voy.* p. 626).

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients; adoucissants; révulsifs; digitale; calomel; purgatifs; diurétiques.

ARTICLE II.

ENDOCARDITE CHRONIQUE.

On n'a admis l'existence d'une endocardite chronique que par analogie et par la voie du raisonnement. Il est, en effet, impossible de découvrir, dans aucun cas, un symptôme qui appartienne à une inflammation chronique de la membrane interne du cœur ; mais on en trouve de très évidents qui sont dus aux lésions organiques que cette inflammation laisse après elle. On a donc pensé que, dans un certain nombre de cas, l'inflammation aiguë dégénérant en inflammation chronique, le travail organique morbide continuait lentement et donnait lieu à ces désordres, à ces altérations plus ou moins profondes, qui viennent plus tard gêner le cours du sang. C'est donc bien plutôt par ses effets consécutifs que par les signes auxquels elle donne actuellement lieu, que, même dans cette manière de voir, l'endocardite chronique se manifesterait à l'observateur.

On pourrait penser que la lésion organique laissée par l'endocardite aiguë, en subissant ce travail qui se passe dans la formation et l'organisation des fausses membranes des cavités séreuses, suffit seule pour donner lieu aux altérations dont il s'agit, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une inflammation lente consécutive; mais, sans m'appesantir sur la discussion de ces questions obscures, je me borne à faire observer que de quelque manière qu'on envisage les choses, il est évident que l'endocardite chronique, en tant que maladie actuellement existante, nous est entièrement inconnue, et qu'il faut se contenter d'étudier les lésions auxquelles elle donne lieu, et qui produisent elles-mêmes autant de maladies particulières.

Renonçant donc à une description générale de l'inflammation chronique de l'endocarde, je vais étudier successivement les altérations de la membrane interne du cœur, avec ou sans altérations des orifices eux-mêmes, ce qui fera passer sous nos yeux un grand nombre d'affections étudiées avec soin dans ces dernières années. Mais avant d'arriver à ces détails, je crois devoir présenter quelques généralités sur les causes de ces altérations elles-mêmes.

ARTICLE III.

ALTÉRATIONS CONSÉCUTIVES DE LA MEMBRANE INTERNE DU CŒUR.

Considérations générales.

Si nous consultons les anatomo-pathologistes de toutes les époques, et surtout si nous étudions les belles recherches de M. Bizot sur le cœur et le système artériel, nous trouvons qu'à une certaine époque de la vie, les cavités du cœur, et en particulier les orifices, présentent des altérations notables qui vont ensuite sans cesse en augmentant, jusqu'à l'âge le plus avancé ; et non seulement ces altérations sont plus considérables à mesure qu'on avance en âge, mais encore elles se produisent régulièrement dans des endroits déterminés, et se propagent d'une manière non moins régulière, augmentant d'abord dans le lieu de leur apparition, et envahissant par degrés les parties environnantes.

Ces altérations consistent d'abord dans une opacité de l'endocarde, remarquable

principalement sur les valvules, qui ont un aspect laiteux ; l'épaississement qui a lieu dans ces cas n'est point dû à la formation d'une fausse membrane, et le point opaque ne peut s'enlever qu'avec la membrane du cœur elle-même. On trouve ensuite des taches, des ossifications granuleuses qui déforment plus ou moins les valvules, et qui quelquefois sont dues à une simple induration, et d'autres fois à une véritable ossification. Enfin on a vu se former entre les bords des valvules des adhérences dues le plus ordinairement à une ossification de ces parties, ossification qui a soudé les bords contigus. On peut lire une description très exacte de ces différents états dans le mémoire de M. Bizot déjà cité ; après cette lecture, on ne doutera pas que par l'influence de l'âge, il ne se passe dans le cœur le même travail que nous voyons se passer chez les vieillards dans les cartilages du larynx et dans les cartilages costaux.

Ainsi le dépôt de matière calcaire qui donne lieu à ces ossifications est, dans un bon nombre de cas, le résultat évident de l'âge, et c'est un fait qui avait déjà été signalé par les anatomistes, et notamment par Bichat. Mais une discussion s'est élevée à ce sujet. Ayant égard aux faits que je viens de citer, et dont l'existence n'est pas douteuse, quelques médecins ont voulu qu'on attribuât uniquement aux progrès de l'âge les diverses altérations que je viens de mentionner. A cela on a répondu par d'autres faits ; Corvisart, Kreysig, Laënnec, Hope, et en particulier M. Bouillaud, ont cité des cas où ces altérations se sont montrées d'une manière très évidente chez de jeunes sujets et même chez des enfants, et où l'on ne peut par conséquent invoquer comme cause les progrès de l'âge. Ces auteurs se sont trouvés d'autant plus fondés dans leur opinion, que dans un bon nombre des cas de ce genre il avait existé des symptômes morbides très marqués, tandis que, comme chacun sait, les altérations dues aux simples progrès de l'âge ne donnent ordinairement lieu à aucun phénomène de ce genre.

Que suit-il de là ? Faut-il conclure que les lésions dont il s'agit sont toutes dues à un travail morbide ? Non, sans doute ; car cette opinion trop exclusive ne serait pas plus juste que la précédente ; il faut reconnaître simplement que ces altérations peuvent être rapportées à deux causes différentes : l'inflammation et les progrès de l'âge ; la première mettant les parties dans un état particulier qui provoque un travail organique semblable à celui que produit la vieillesse. Nous sommes d'autant plus autorisés à penser que les choses se passent ainsi, que dans les tissus cartilagineux plus directement soumis à notre observation, nous pouvons pour ainsi dire suivre de l'œil des faits analogues. Qu'il survienne en effet dans le larynx une inflammation chronique, qu'il se forme une fistule aux environs des cartilages costaux, et nous voyons chez des sujets très jeunes l'ossification se produire dans ces tissus, que dans l'état normal elle n'envahit qu'à un âge très avancé. Il est donc un certain nombre de faits dans lesquels on ne peut méconnaître l'existence d'une inflammation antérieure comme cause des lésions organiques dont il s'agit, et nous allons voir, dans la description particulière qui va être faite de chacune d'elles, qu'elles sont caractérisées par des symptômes graves et ordinairement bien déterminés.

C'est presque toujours dans les cavités gauches du cœur que se rencontrent ces lésions, qu'elles soient dues à l'inflammation ou aux progrès de l'âge. Ce fait est si général, il est si rare de trouver la membrane interne des cavités droites notablement altérée, que Bichat, dont les recherches d'anatomie générale ont été si utiles

à la pathologie, pensait qu'il y avait une différence originelle dans la structure des membranes internes du cœur droit et du cœur gauche. Mais quelque soin qu'on ait mis à rechercher cette différence, on n'a pu la découvrir ; aussi M. Bizot, qu'il faut toujours citer quand il s'agit de l'état normal du cœur, a confirmé, par ses observations, cette opinion déjà mise en avant, et qui aujourd'hui a prévalu, que c'est à la différence du sang artériel et du sang veineux qu'il faut attribuer la prédisposition particulière du cœur gauche à contracter l'endocardite, et la tendance de sa membrane interne à s'indurer et à s'ossifier.

Après ces considérations préliminaires, je vais aborder la description des lésions organiques de l'endocarde ; mais avant d'entrer dans cette étude, dont les personnes qui se sont occupées des maladies du cœur connaissent seules toute la difficulté, il importe d'indiquer comment j'ai compris le sujet, et quelle est la manière qui m'a paru la meilleure pour apporter dans cet article toute la clarté et toute la précision désirables.

Ce qui jette le plus d'obscurité sur l'histoire de ces diverses lésions de la membrane interne du cœur, c'est que presque jamais elles n'existent seules, et que la production d'une d'entre elles entraîne presque nécessairement à sa suite la production de plusieurs autres, de telle sorte qu'il est très difficile de démêler ce qui leur appartient en propre. En cet état de choses, doit-on, à l'exemple de M. Bouillaud, se contenter d'indiquer les signes qui appartiennent à chaque espèce de lésion, quel que soit leur siége : ainsi aux divers rétrécissements, aux insuffisances, etc. ? Ou bien vaut-il mieux, comme l'ont fait quelques autres auteurs, mais d'une manière incomplète, faire l'histoire de chacune de ces lésions, et principalement de celles des orifices ? Il m'a semblé qu'on ne pouvait arriver à un résultat complet qu'en réunissant ces deux manières de procéder. Les diverses questions se divisant en plusieurs éléments, il faut d'abord chercher à bien connaître séparément ces éléments, afin de pouvoir ensuite résoudre le problème d'une manière générale. Ainsi je n'ai trouvé d'autre moyen pour arriver à mon but, que de commencer par la description des maladies de chaque orifice en particulier, pour terminer par un exposé général des lésions complexes les plus fréquentes.

ARTICLE IV.

INDURATION SIMPLE DES VALVULES AURICULO-VENTRICULAIRES.

Comme pour les autres lésions de ces valvules, c'est presque toujours du côté gauche du cœur que se rencontre la maladie. Cependant dans quelques cas, et MM. Bouillaud et Hope en citent trois exemples, l'induration se rencontre dans la valvule tricuspide, mais dans ces trois cas aussi il existait en même temps une induration notable de la valvule mitrale, et portée même à un plus haut degré que celle de la valvule droite ; en sorte que, dans tous les cas d'affection du cœur que j'ai pu rassembler, je n'en ai pas trouvé un seul où l'induration de la valvule tricuspide fût la seule lésion existante.

§ I. — *Induration simple de la valvule mitrale.*

Cette induration peut consister en un simple épaississement, ou bien en une dég-

nération cartilagineuse ou osseuse des lames valvulaires; cependant il faut dire que l'induration, l'épaississement simple, ne se rencontrent pas fréquemment, car il est très rare que les concrétions osseuses ou cartilagineuses n'entraînent point avec elles, soit des adhérences, soit des déformations qui donnent lieu à un rétrécissement ou à une insuffisance.

On ne peut, dans l'état actuel de la science, assigner à cette lésion d'autres *causes* que les causes générales indiquées plus haut.

Symptômes. Les *signes physiques* de l'induration simple de la valvule mitrale sont très difficiles à indiquer, attendu que dans tous les cas que j'ai sous les yeux il existait en même temps d'autres lésions anciennes, et en particulier une hypertrophie considérable. Sur quatre cas que j'ai pu analyser, le *bruit de soufflet* a été noté deux fois, et dans les deux autres il existait un bruit de râpe ou de parchemin; deux fois seulement le temps auquel ce bruit se produisait a été noté. Il était double dans un cas, et avait lieu au premier temps dans l'autre. Mais ces bruits appartenaient-ils à l'induration de la valvule mitrale ? C'est ce dont on doit fortement douter, quand on voit qu'il y avait en même temps une induration des valvules aortiques et des parois de l'aorte dans trois cas, et que dans un entre autres le bruit se prolongeait dans cette artère. Tout porte donc à croire que si l'état de l'orifice mitral est pour quelque chose dans la production du bruit morbide, on ne saurait le regarder comme en étant la cause principale. Au reste, remarquons que dans plusieurs observations le temps auquel se produisait le bruit anormal n'a point été parfaitement précisé, ce qui, comme on l'a vu plus haut, est cependant une condition essentielle d'un bon diagnostic.

M. le docteur Pichler (1) a vu un cas d'ossification complète des valvules sygmoïdes de l'aorte chez un homme de quarante-sept ans. Les symptômes principaux furent les suivants :

Pâleur, œdème de la face, lividité des lèvres, respiration courte, anxieuse, toux, expectoration abondante, muqueuse ; oppression, faiblesse, palpitations, engourdissement des bras, œdème du carpe, œdème depuis les pieds jusqu'aux genoux ; *frémissement et sifflement au premier temps.*

Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que les premiers symptômes apparurent d'une manière aiguë, avec fièvre violente, après une exposition à la pluie. La mort survint après quelques semaines.

Le malade avait eu des accès de goutte, et faisait abus des spiritueux. Je livre ce fait à l'appréciation du lecteur, tout en me demandant s'il n'y avait pas, dans ce cas, un rétrécissement notable.

Quant aux autres symptômes observés dans ces cas, voici leur indication : chez deux sujets seulement, on a apprécié la force des bruits du cœur qui était assez considérable, et chez l'un d'eux une *impulsion* violente et double ; elle était faible au contraire chez un autre, qui offrait une matité précordiale très étendue. Il n'y avait du reste aucune *voussure* dans cette région.

Le *pouls*, très fort chez un sujet qui avait une hypertrophie avec dilatation, était faible chez un autre qui se trouvait dans le même cas ; irrégulier chez deux sujets, il était intermittent chez l'un deux : deux de ces malades présentaient à un assez

(1) *Mém. de la Soc. imp. roy. de Vienne*; 1842.

haut degré ce que l'on a appelé le *pouls veineux*, c'est-à-dire une fluctuation visible dans les veines jugulaires.

Les symptômes les plus constants étaient les *palpitations* qui revenaient par accès, et s'accompagnaient d'orthopnée chez un malade ; les autres sujets avaient de l'oppression et une dyspnée marquée ; l'un d'eux avait un peu de toux, aucun n'éprouvait de *douleurs* précordiales ; un seul en accusait une dans la région du foie.

Enfin des signes de *congestion cérébrale lente*, tels que des *vertiges*, la *stupeur*, la *somnolence*, et même, dans un cas, des *pertes de connaissance*, venaient se rattacher aux autres signes des troubles de la circulation.

Tels sont les symptômes qui se sont présentés dans ce petit nombre de cas. Si maintenant nous apprécions leur valeur, nous voyons qu'elle n'est pas fort grande, et qu'il est absolument nécessaire de faire de nouvelles recherches sur ce point. Peut-être trouvera-t-on des cas moins compliqués où l'on pourra dégager avec plus de facilité ce qui appartient en propre à l'induration simple des valvules mitrales. Mais jusque-là il sera absolument impossible de lui assigner des caractères particuliers. Ce n'est assurément pas là la conclusion à laquelle est arrivé Laënnec (1) ; mais en lisant l'article qu'il a consacré à l'induration des valvules, on voit qu'il confondait sous cette dénomination toutes les déformations de ces opercules, et que par conséquent il avait principalement en vue le rétrécissement et l'insuffisance des orifices.

Ne pouvant donc pas assigner à cette lésion des caractères particuliers, il serait inutile d'insister plus longtemps sur son histoire, qui rentre dans celle des altérations complexes du cœur, et plus particulièrement dans l'hypertrophie avec gêne plus ou moins notable du cours du sang.

§ II. — Induration simple de la valvule tricuspide.

Les mêmes réflexions s'appliquent à cette lésion, qui, je le répète, n'a peut-être jamais été observée sans une lésion semblable du côté gauche ; il serait inutile d'insister sur sa description. Je dirai seulement que dans les deux cas où le *pouls veineux* a été noté, la valvule tricuspide était notablement indurée. Nous verrons plus loin si c'est à cet état de la valvule tricuspide qu'il faut attribuer la fluctuation dans la veine jugulaire.

ARTICLE V.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL (2).

Auriculo-ventriculaire gauche.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Une coarctation plus ou moins considérable accompagne très souvent l'induration cartilagineuse ou osseuse de la valvule mitrale. Sur 39 cas de maladies du

(1) *Traité de l'ausc. méd.*, 3e édit., t. III, chap. XVII.

(2) Je me servirai ordinairement des mots *orifice mitral*, *tricuspide*, *aortique*, *pulmonaire*, et des expressions pathologiques correspondantes, pour éviter la confusion entre les côtés droit et gauche, qui est très facile dans la rédaction, et parce qu'il m'a paru que ces expressions sont plus nettement saisies par le lecteur.

cœur que j'ai rassemblés, 17 fois il existait un rétrécissement de l'orifice mitral. On peut donc considérer cette lésion comme une des plus *fréquentes* qui existent dans la membrane interne du cœur; mais encore ici nous allons trouver une complication de plusieurs autres lésions qui apportent une très grande difficulté dans son étude.

§ II. — Causes.

Pas plus que pour la simple induration des valvules, nous ne trouvons pour le rétrécissement de causes particulières. L'*âge* des sujets dont j'ai pu consulter l'histoire variait de dix-huit à soixante-trois ans; mais il y en avait un bien plus grand nombre au-dessous de cinquante ans qu'au-dessus, en sorte que, dans ces cas, on ne pouvait pas invoquer le grand âge comme cause de la maladie.

Quant au *sexe*, sur 18 cas, il y avait 11 hommes et 7 femmes. Nous ne pouvons, sur d'aussi faibles chiffres, établir aucun résultat positif.

§ III. — Symptômes

Symptômes locaux. Chez presque tous les sujets, il y avait à la région précordiale une *impulsion* forte, étendue, parfois irrégulière. Dans quelques cas, au contraire, elle était faible. La force de l'impulsion ne saurait être attribuée au rétrécissement mitral; car, dans tous les cas où elle était considérable, il existait en même temps une hypertrophie ventriculaire qui pouvait en rendre compte. En considérant quelques faits particuliers, on est plutôt tenté de regarder comme un signe appartenant plus particulièrement au rétrécissement de l'orifice mitral, la faiblesse de l'impulsion; car, dans un cas où il était porté à un degré extrême, et dans un autre où il n'existait pas d'hypertrophie, ainsi que l'a constaté M. Fauvel (1), l'impulsion était faible ou nulle. Les mêmes réflexions s'appliquent à la *matité;* c'est en effet à l'hypertrophie du cœur qu'il faut principalement la rapporter.

On a remarqué, dans un petit nombre de cas, une *voussure* à la région précordiale; mais il n'est pas très certain que cette voussure fût autre chose que la saillie physiologique observée fréquemment par M. Woillez (2) dans cette région.

Les signes fournis par l'*auscultation* sont d'une bien plus grande importance. Dans quelques cas de rétrécissement marqué, Laënnec a trouvé le *frémissement cataire* qu'il a donné comme un signe de l'induration des valvules. Quelques autres observateurs ont également constaté son existence. Le bruit anormal qui se fait entendre à l'auscultation varie du simple *souffle* aux *bruits de râpe* et de *scie* les plus prononcés : c'est tantôt un *sifflement*, tantôt un *murmure musical* qui n'est qu'un sifflement plus doux; tantôt le *frémissement vibratoire* ou *frémissement cataire* de Laënnec. En un mot, les nuances de ces divers bruits anormaux sont très nombreuses. Il est facile, au reste, de s'assurer que tous ces bruits ne sont, comme le fait remarquer le professeur Skoda, que des variétés d'un seul et même phénomène dû au frôlement vibratoire du sang gêné dans son cours, contre les bords rugueux entre lesquels il passe avec force. De toutes ces nuances de bruits, le murmure musical est la plus rare, et le bruit de râpe ou de scie la plus fréquente.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. I, pag. 1

(2) *De l'insp. et de la mensural. de la poitrine.*

Ces nuances de bruits anormaux sont-elles en rapport avec le degré du rétrécissement ? Sans qu'il y ait à ce sujet de règle fixe, on peut dire, d'une manière générale, que le bruit est d'autant plus rude et se rapproche davantage du bruit de râpe, que l'orifice est plus rétréci, et que ses parois sont plus rugueuses. Mais on peut se demander encore si ces bruits anormaux appartiennent bien réellement au rétrécissement de l'orifice mitral, ou s'ils ne sont pas dus à quelqu'une des affections qui viennent le compliquer ; c'est sous ce point de vue qu'il est extrêmement important de rechercher, comme je vais le faire, à quel moment précis ils se manifestent.

Les auteurs ont fixé au second temps la manifestation du bruit dû au rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires. Suivant M. Gendrin (1), quand la colonne de sang, en passant des oreillettes dans les ventricules, rencontre des rugosités aux orifices auriculo-ventriculaires, on entend un bruit de frottement *prédiastolique* : c'est-à-dire, dans la théorie de cet auteur, que ce bruit se ferait entendre un peu avant le second bruit normal. M. Littré (2) a également donné ce fait comme un principe de diagnostic, et, selon lui, le bruit de souffle remplace le *second* bruit normal. Si l'on examine sous ce point de vue les observations, on est extrêmement surpris de voir les faits donner le démenti le plus formel à cette manière de voir. Ainsi, dans dix-sept cas empruntés aux auteurs qui se sont occupés avec le plus de soin de ce sujet intéressant, nous n'en trouvons pas un seul dans lequel il existe un bruit de souffle borné au second temps. Chez un sujet observé par Hope, il y avait un bruit musical ou un sifflement doux au second temps ; mais il existait en même temps une insuffisance aortique à laquelle, comme on le verra plus tard, il fallait nécessairement rapporter ce symptôme. Nous trouvons au contraire six cas où un bruit de souffle ou de râpe extrêmement remarquable se faisait entendre seulement au *premier temps*, tandis que le second bruit normal n'était nullement altéré. Enfin, dans tous les autres cas où ce signe diagnostique est indiqué, le bruit anormal existait dans les deux temps, et alors on trouvait, pour expliquer l'existence du second bruit anormal, une lésion d'une autre partie du cœur, comme l'insuffisance des valvules aortiques, de telle sorte qu'on ne peut expliquer que par une préoccupation toute particulière cette erreur commise par les auteurs qui ont attribué au rétrécissement mitral un signe qui ne lui appartient nullement. Le fait est très évident dans les observations rapportées par M. Briquet (3). Cet auteur, ayant observé deux cas de rétrécissement considérable de l'orifice mitral, a trouvé le premier bruit couvert par un bruit de souffle prononcé, tandis que le second était clair, sonore, et donnait la sensation d'un claquement distinct. Ces cas sont très importants à considérer, parce qu'ils nous offrent des exemples de rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, sans complication d'aucune lésion des autres orifices. Les observations de M. Fauvel ont une importance tout aussi grande sous ce point de vue. Il est donc évident que c'est au premier temps, c'est-à-dire lorsque le sang est projeté de l'oreillette dans le ventricule, que le bruit anormal se produit dans le rétrécissement de l'orifice mitral.

(1) *Leçons sur les malad. du cœur* ; Paris, 1842, t. Ier, pag. 110.

(2) *Dict. de méd.*, art. Cœur.

(3) *Mémoire sur le diagnost. du rétrécissement auriculo-ventricul. gauche.* (*Arch. gén. de médecine*, 2e série, 1836, t. XI, p. 470).

Mais jusqu'ici je n'ai parlé que du premier temps, sans préciser davantage ; or, d'après les observations de M. Fauvel, ce n'est pas assez. Cet auteur a en effet remarqué que le bruit anormal se produit, non pas au même moment que le bruit normal, mais *un peu avant*, et que quelquefois le bruit anormal se termine au moment même où commence le premier bruit normal, tandis que dans d'autres, ayant toujours commencé *un peu avant*, et dans ce moment que M. Gendrin appelle *présystolique* (1), il continue à se faire entendre jusqu'à la fin du premier bruit.

C'est là un fait qui est extrêmement important, et qui doit être toujours présent à l'esprit de l'observateur, car ce signe est tout à fait pathognomonique du rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, ainsi que nous le verrons plus tard, quand nous établirons le diagnostic de cette affection. J'ai déjà, dans les considérations générales, fait voir combien ces faits viennent à l'appui de la théorie de M. Beau. Depuis leur publication, plusieurs autres semblables ont été observés dans les hôpitaux, et tout porte à croire que dans peu de temps ce caractère essentiel du rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires sera fondé sur un nombre notable d'observations.

Le *lieu* dans lequel se produit le bruit anormal a fixé l'attention de quelques observateurs. Remarquant que les bruits de ce genre ont une étendue peu considérable, et qu'ils se prolongent dans le sens du courant sanguin, on a cherché à préciser, par l'observation, les points où on les entendait. M. Briquet en particulier a insisté sur ce point, et il a établi sur des observations recueillies par lui, que, dans le rétrécissement de l'orifice mitral, le maximum du bruit a lieu au niveau de la troisième côte, en dehors du sternum, c'est-à-dire à la base du ventricule ; qu'il se fait entendre dans toute l'étendue de celui-ci, et que, d'un autre côté, dans les cas non compliqués, il ne se prolonge nullement au-dessus de la troisième côte dans le trajet des artères. Bien que cette détermination du siége précis du bruit anormal n'ait pas une importance capitale, à cause précisément des complications fréquentes qui viennent se joindre au rétrécissement de l'orifice mitral, cependant elle doit fixer l'attention plus qu'elle ne l'a fait jusqu'à présent, car unie aux signes indiqués plus haut, elle peut servir à confirmer le diagnostic.

J'ai dit que le bruit anormal était toujours renfermé dans des limites assez étroites; il en résulte qu'en auscultant la poitrine dans des points plus ou moins éloignés du lieu où il se fait entendre, on peut, ainsi que l'ont fait M. Gendrin et M. Beau, retrouver les bruits normaux qui n'étaient que masqués par le bruit anormal. On a rarement cherché à établir de cette manière quelle était la force des battements; M. Briquet est à peu près le seul qui ait fixé son attention sur ce point, et il a trouvé que le premier bruit était faible, sourd et prolongé, tandis que le second conservait sa netteté et sa force. Encore un fait à l'appui de la théorie de M. Beau, puisqu'il est évident que si le sang arrive avec difficulté dans le ventricule, celui-ci sera

(1) J'indique ces dénominations comme pure synonymie, car je ne saurais approuver des expressions qui, fondées sur une théorie, doivent, si cette théorie est reconnue fausse, comme c'est ici le cas, induire le lecteur en erreur. Dans la théorie que j'ai adoptée, le bruit serait, au contraire, *prédiastolique*, puisqu'il se produit au moment où le sang est projeté par l'oreillette dans le ventricule, et où la diastole *va avoir lieu* par la dilatation brusque de ce ventricule. Tenons-nous-en donc aux expressions *premier* et *second temps*, *premier* et *second bruit*, qui ne peuvent pas nous tromper.

dilaté d'une manière moins brusque et moins énergique, d'où nécessairement faiblesse du premier bruit.

Le *pouls* présente des altérations qu'il est important d'examiner. Hope a principalement insisté sur son irrégularité et son intermittence. On trouve un certain nombre de cas où ces caractères existent; mais le plus souvent il est difficile de savoir si c'est exclusivement au rétrécissement mitral qu'il faut rapporter ce symptôme. Il ne peut, au contraire, y avoir le moindre doute sur la *faiblesse* du pouls, comme signe du rétrécissement mitral. Dans tous les cas, en effet, où ce rétrécissement était très considérable, la petitesse du pouls était remarquable, et si quelquefois il s'est montré dur, plein, c'est qu'il y avait une complication, comme une insuffisance aortique, ou bien une hypertrophie active coïncidant avec un rétrécissement médiocre.

Les *palpitations* doivent être regardées comme un signe constant de la maladie, puisqu'elles ont été mentionnées dans tous les cas où l'attention des auteurs a été fixée sur elles. Ordinairement anciennes, durant de une à plusieurs années, elles constituent le symptôme le plus incommode et celui pour lequel les malades demandent le secours de la médecine. Le plus souvent irrégulières, intermittentes au début de la maladie, elles finissent par devenir plus continues, quoiqu'il y ait encore fréquemment des exacerbations marquées. Hope est tenté d'attribuer exclusivement ces palpitations à l'hypertrophie des parois du cœur et à la dilatation de ces cavités. Cependant il faut admettre avec M. Bouillaud que le rétrécissement seul peut causer ce symptôme, puisqu'il a existé d'une manière évidente dans un cas observé par M. Fauvel, et où l'autopsie n'a montré aucune hypertrophie ou dilatation notable du cœur. Pendant que les palpitations ont lieu, les bruits deviennent plus tumultueux, quelquefois plus sourds, et l'irrégularité du pouls augmente.

La *dyspnée*, accompagnée d'un certain degré d'*oppression*, est un symptôme très fréquent. Ordinairement elle apparaît en même temps que les palpitations, et elle devient plus grande lorsque celles-ci acquièrent de l'intensité. Cette dyspnée peut être portée au plus haut degré, et alors il y a par moments des *attaques de suffocation* et comme des accès d'asthme qui forcent les malades à se mettre à leur séant et à se tenir debout pour respirer. Un certain degré d'*anxiété* accompagne souvent ces symptômes, mais ce signe n'a pas fixé suffisamment l'attention des observateurs. Dans les cas où il en était ainsi, il y avait de fréquents réveils en sursaut.

Quoique dans les articles généraux on ait fréquemment parlé de la *coloration de la face*, il n'en est fait que rarement mention dans les observations. La face a été aussi souvent vue pâle que livide, avec un certain degré de bouffissure qui ne tenait pas à un œdème général.

On sait combien est fréquent l'*engorgement sanguin du foie* dans les maladies du cœur. Cependant cet état n'est mentionné que deux fois dans les observations; mais il est plus que probable que cela tient au défaut d'attention des observateurs, car ils signalent ensuite cet engorgement dans leurs descriptions générales.

Quelques symptômes que l'on peut rapporter à la gêne de la circulation, tels que les *battements artériels* dans la tête, les *vertiges*, les *bouffées de chaleur*, etc., ont été très rarement notés.

Il n'en est pas de même de l'*œdème*, qui se montre fréquemment. Noté douze fois sur dix-sept cas, il n'était général que trois fois, et dans des cas où la maladie, portée à un haut degré, était déjà ancienne. Lorsqu'il était partiel, il commençait ordinairement par les extrémités inférieures, et se montrait ensuite à la face. Trois sujets ont présenté une hydropisie ascite; chez eux la maladie était ancienne et avait atteint un haut degré. Si maintenant nous cherchons, dans les détails des faits, à quelle circonstance particulière on peut attribuer la manifestation de cet œdème, nous trouvons qu'il est difficile de résoudre cette question, puisqu'il a manqué dans les cas qui paraissent identiques à ceux où il s'est montré. Cependant il faut remarquer que chez le sujet observé par M. Fauvel, et dont le cœur était à l'état normal sous le rapport du volume, il n'y eut point d'œdème. Faudrait-il, pour produire ce symptôme, une lésion différente du rétrécissement simple? C'est ce que l'observation pourra seule nous apprendre.

Pour terminer ce que nous avons à dire relativement aux symptômes, j'ajouterai que chez un petit nombre de sujets (trois sur dix-sept), on a remarqué cette fluctuation dans les veines jugulaires externes, à laquelle on a donné le nom de *pouls veineux*, et que quelques uns présentaient une *toux* pénible, intense et fréquente. Dans aucun cas, parmi ceux que j'ai pu rassembler, il n'y a eu de crachements de sang.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de cette affection est difficile à indiquer, attendu que dans les observations on n'a pas toujours tenu un compte exact des antécédents. Cependant on peut dire d'une manière générale qu'au début les symptômes ont une intermittence irrégulière. D'abord faibles, consistant en quelques palpitations accompagnées d'un peu de dyspnée, ils deviennent graduellement plus intenses et de plus en plus continus, jusqu'à ce qu'enfin ils ne laissent plus aux malades que quelques instants d'une amélioration douteuse. On voit quelquefois l'œdème paraître et disparaître à plusieurs reprises, avant de devenir permanent; on a cité même des cas où une hydropisie ascite bien marquée a disparu sans qu'on pût en trouver une cause suffisante dans l'amélioration des principaux symptômes, mais pour reparaître plus tard. Corvisart pensait que ces variations dans la marche de la maladie pouvaient être attribuées souvent à la nature de la lésion organique. Il croyait que dans ces cas on pouvait admettre l'existence de végétations ou excroissances mobiles qui, par moments, venaient obstruer en partie l'orifice affecté; il expliquait aussi de cette manière les accès de palpitations et de dyspnée que l'on remarque ordinairement. Ces explications, tout ingénieuses qu'elles paraissent, ne sauraient être admises, puisque cette marche irrégulière des symptômes se rencontre dans des cas où l'orifice conserve une forme permanente. On sait d'ailleurs que les lésions qui changent le moins donnent lieu ordinairement à des symptômes variables : il n'y a rien là de particulier aux maladies du cœur.

La *durée* de la maladie n'a pas été recherchée avec assez de soin par les auteurs. Le début est en général fixé d'une manière vague; ce n'est donc qu'approximativement qu'on peut, à l'aide des faits recueillis, indiquer cette durée. Dans les cas où la mort a été causée par les simples progrès de la maladie du cœur, elle a varié de dix mois à dix ans. En général, elle a été de plusieurs années (deux ou trois).

Dans les autres cas, une affection grave étant venue se joindre à la maladie principale, celle-ci a généralement été abrégée, et sa durée a varié entre trois mois et quatre ans et demi.

La *terminaison* de la maladie est constamment fatale. On a cité des cas où une amélioration assez notable a permis aux malades de reprendre en partie leurs occupations, mais aucun où la guérison radicale ait été parfaitement constatée. Lorsque la mort arrive par les seuls progrès de la maladie du cœur, on voit augmenter les principaux symptômes : les palpitations deviennent constantes, la dyspnée continuelle; l'œdème fait des progrès et quelquefois devient très considérable ; parfois le malade tombe dans une espèce de coma ; enfin la respiration s'embarrasse de plus en plus, la face prend un air hagard, les extrémités se refroidissent, les battements du cœur deviennent faibles, irréguliers, leur rhythme est tellement altéré, qu'on ne peut plus, dans quelques cas, distinguer les divers temps, et le malade succombe ordinairement sans perte de connaissance. Dans la moitié des cas environ que j'ai consultés, la mort a été occasionnée par une affection intercurrente, une apoplexie cérébrale (une fois), un ramollissement cérébral (une fois), une pneumonie (deux fois), un *purpura hæmorrhagica* dans un cas observé par Hope, et enfin le sphacèle de la jambe gauche dans un cas observé par M. Gendrin. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du pronostic.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions qui donnent lieu au rétrécissement de l'orifice mitral, comme au reste toutes celles qui caractérisent les diverses maladies du cœur, ont été étudiées avec un très grand soin ; mais il n'entre pas dans mon plan de les décrire en détail. Je me contenterai donc de dire qu'on trouve sur les deux faces des lames valvulaires, et principalement sur la face auriculaire, des rugosités, des végétations que Laënnec distinguait en globuleuses et verruqueuses, et auxquelles M. Bouillaud a joint une troisième espèce constituée par les végétations albumineuses d'une date plus récente. Ces végétations se retrouvent aussi au bord libre des valvules, et peuvent, comme dans un cas observé par M. Fauvel, s'étendre à presque toute la surface de la cavité auriculaire. Leur nombre et leur forme sont très variables. Corvisart pensait que dans un certain nombre de cas on pouvait rapporter la production de ces végétations à l'existence du virus vénérien ; mais rien ne vient à l'appui de cette opinion, fondée sur une ressemblance grossière de ces lésions avec les végétations syphilitiques.

Des plaques cartilagineuses, des ossifications de diverses formes, se remarquent également sur les valvules. Elles ont été très bien décrites par M. Bizot, au travail duquel je dois renvoyer pour plus de détails. Suivant Laënnec, ces ossifications sont plus blanches, se broient plus facilement que le tissu osseux naturel, et le phosphate calcaire y domine davantage. Cette production de plaques ossiformes et cartilagineuses, qui a lieu également chez les vieillards par suite du progrès de l'âge, n'est pas la lésion la plus grave, puisque lorsqu'elle existe seule chez ces derniers, elle ne produit pas de troubles notables dans la circulation. Il n'en est pas de même des adhérences des valvules, qui sont la cause principale de ces rétrécissements extrêmes observés par un grand nombre d'auteurs; alors les valvules, se soudant par leurs bords voisins, ne laissent plus au passage du sang qu'une ouverture

très étroite, admettant à peine l'extrémité du petit doigt et même une plume à écrire, comme Hope en cite plusieurs exemples. Cette ouverture a des formes diverses, suivant les cas : quelquefois arrondie, parfois linéaire et d'autres fois irrégulière. C'est alors, et surtout lorsque les valvules présentent des rugosités considérables, qu'on entend les bruits anormaux les plus intenses, comme les bruits de râpe, de scie, de lime, etc. Dans plusieurs cas, M. Bouillaud a comparé le rétrécissement à une boutonnière ou à l'ouverture de la glotte à bords épaissis ; il a vu aussi un froncement plus ou moins remarquable de l'orifice altéré.

Comme on le voit, ces lésions varient beaucoup ; je pourrais ajouter d'autres détails, comme l'aspect infundibuliforme de l'ouverture du côté de l'oreillette, etc., mais ils seraient inutiles, car ce qu'il importe de savoir, c'est que les valvules indurées, épaissies, ossifiées, adhérentes, ont perdu leur jeu et ne laissent passer le sang qu'avec beaucoup de difficulté.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Pour bien établir le diagnostic du rétrécissement mitral, il faut déterminer d'abord quels sont ses signes positifs, et ensuite le distinguer des diverses affections avec lesquelles on pourrait le confondre.

Si nous nous rappelons les principaux symptômes décrits plus haut, nous voyons qu'il n'en est aucun qui ait autant d'importance que le bruit de souffle apprécié par l'auscultation, et encore faut-il ajouter que c'est moins ce bruit de souffle en lui-même, sa nature, son intensité, que le *moment auquel il se produit* qui doit attirer l'attention de l'observateur. Ainsi, comme seul signe positif du rétrécissement mitral, il faut indiquer le bruit de souffle, *précédant de très peu* le premier bruit du cœur, finissant au moment où celui-ci se produit, ou l'accompagnant dans toute sa durée. Suivant M. Gendrin, il faudrait ajouter à ce signe le dédoublement du bruit de percussion *diastolique* (1), qui résulte de la lenteur du passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Or on sait que, suivant cet auteur, la diastole a lieu immédiatement après la systole ; mais en y réfléchissant et sans avoir besoin de remarquer que M. Gendrin, loin de donner des faits concluants à l'appui de cette assertion, en fournit au contraire qu'on pourrait lui opposer (2), on voit bientôt que cette opinion est due à une induction purement théorique ; car dans le moment où ce bruit diastolique devrait avoir lieu, le sang, même d'après les auteurs qui placent la diastole au moment où le ventricule est en repos, n'aborderait qu'avec lenteur, comme l'écoulement d'un trop-plein, et sans produire de bruit appréciable. Peut-être faudrait-il appliquer cette manière de voir de M. Gendrin au premier temps des mouvements du cœur correspondant au premier bruit ; mais c'est là une question sur laquelle l'observation n'a pas encore prononcé.

Quant aux autres symptômes, tels que les palpitations, la dyspnée, etc., ils peuvent être attribués aussi bien aux lésions concomitantes : hypertrophie, dilatation, etc., qu'au rétrécissement mitral. Voyons maintenant avec quelles lésions on pourrait confondre celle qui nous occupe.

(1) Les réflexions faites à l'occasion des expressions systolique et présystolique appliquées aux bruits du cœur pourraient être reproduites à propos de ce bruit de percussion diastolique.

(2) *Loc. cit.*, pag. 274.

Les auteurs qui ont cru qu'un bruit de souffle au second temps était un signe propre au rétrécissement mitral ont dû chercher à établir par de simples nuances de ce signe physique, et par des circonstances accessoires, le diagnostic différentiel de ce rétrécissement et de l'*insuffisance des valvules aortiques;* mais après ce qui a été dit plus haut, il ne saurait plus y avoir de difficulté à ce sujet, puisque dans le rétrécissement mitral, c'est au *premier temps* que se fait entendre le bruit anormal qui, dans l'insuffisance, a lieu au second temps.

Il est plus difficile d'établir le diagnostic entre le rétrécissement de l'orifice mitral et l'*insuffisance de ce même orifice.* Les deux lésions doivent en effet produire le même signe, *et au même temps;* aussi voyons-nous que dans le seul cas d'insuffisance mitrale où il n'y a pas eu de complications capables de produire un bruit anormal dans un autre temps, et qui est dû à Hope, il n'existait qu'un bruit de souffle simple, couvrant le premier bruit. On n'aurait donc pour se guider que des nuances d'intensité et de forme dans les bruits de souffle, nuances tout à fait insuffisantes, parce qu'elles peuvent changer suivant le degré d'une seule et même lésion; cependant il est un point sur lequel on doit fixer l'attention des observateurs. Nous avons vu, d'après les observations récentes, que le bruit de souffle dû au rétrécissement mitral *précède* d'un court moment le premier bruit normal du cœur; or un souffle dû à une insuffisance ne doit se faire entendre qu'un très court moment *après* la production de ce premier bruit, ou pendant ce bruit lui-même, puisque, dans la théorie que nous avons admise, ce premier bruit est dû à la dilatation brusque du ventricule, après laquelle seulement le sang est, dans l'insuffisance mitrale, fortement repoussé dans l'oreillette par la contraction systolique; c'est, je le répète, un point très important.

Une autre lésion avec laquelle on peut très facilement confondre le rétrécissement de l'orifice mitral, est le rétrécissement aortique; tous les deux, en effet, ont pour signe un bruit de souffle au *premier temps*, et tous les deux présentent, à un degré variable, les autres symptômes qui ont été décrits plus haut. C'est encore le moment précis où se produit le bruit de souffle, qui sera le meilleur renseignement pour le diagnostic. En effet, dans les cas de rétrécissement aortique, c'est *pendant* le premier bruit lui-même qu'on a noté les divers bruits anormaux, tandis que, je le répète, les observations récentes ont prouvé que dans le rétrécissement mitral ces bruits anormaux ont lieu *un peu avant.* On a voulu donner comme un signe distinctif de ces deux rétrécissements le lieu dans lequel ils se font principalement entendre. M. Briquet a surtout insisté sur ce point. Selon lui, et d'après plusieurs auteurs, le souffle dû au rétrécissement mitral a son maximum un peu au-dessous de la base du cœur; il se prolonge vers la pointe de cet organe, et l'on cesse de l'entendre en portant l'oreille en haut sur le trajet de l'aorte, tandis qu'au contraire, dans le rétrécissement de l'orifice aortique, le bruit de souffle, naissant sous le sternum, au niveau de la base du cœur, ne s'étend pas au-dessous de ce point et se prolonge un peu dans le trajet de l'aorte. Enfin, suivant Corvisart, l'irrégularité du pouls serait moindre dans les cas de rétrécissement mitral que les cas de rétrécissement aortique. Hope, dans ses observations, a noté le contraire; nous verrons plus loin laquelle de ces deux opinions doit prévaloir.

Les mêmes signes distinctifs établissent le diagnostic différentiel entre le rétrécissement mitral et le rétrécissement de l'orifice pulmonaire.

Quant aux bruits de souffle dus aux simples incrustations de l'aorte, ils se font entendre avec leur maximum d'intensité au-dessus du point où se produit le bruit de souffle dû au rétrécissement mitral.

Enfin différents bruits anormaux peuvent se faire entendre sans qu'il y ait lésion organique du cœur, dans les cas de *chlorose* et d'*anémie;* mais, outre que ces bruits se propagent dans une grande étendue du système artériel, qu'ils sont parfois doubles, et que rarement ils présentent une rudesse aussi grande que ceux qui sont dus à des lésions organiques, on a pour se guider dans le diagnostic les symptômes généraux auxquels le médecin doit avoir les plus grands égards ; car souvent on a pris pour des maladies du cœur fort graves un simple état chlorotique ou anémique.

Pour terminer ce diagnostic, je dois dire un mot d'une forme de la maladie qu'on pourrait appeler *latente*. M. Henderson (1) rapporte un cas dans lequel un rétrécissement très considérable de l'orifice mitral n'a donné lieu à aucun bruit anormal. Hope a expliqué cette absence de tout signe particulier par la difficulté extrême que le sang trouvait à passer de l'oreillette dans le ventricule ; mais cette explication n'est pas satisfaisante ; car si l'on admet que l'oreillette conservait encore assez de force, le sang devait traverser l'ouverture avec d'autant plus de rapidité, que celle-ci était plus étroite. Faut-il croire qu'en pareil cas l'oreillette avait perdu son ressort et ne poussait le sang qu'avec mollesse ? Mais, d'une part, on vit à l'autopsie qu'elle était hypertrophiée et avait dû par conséquent augmenter d'énergie, et, de l'autre, il est à remarquer que le premier bruit normal n'était point affaibli, ce qui aurait dû avoir lieu si le sang n'avait coulé dans le ventricule qu'en bavant. Il faut donc reconnaître qu'en pareil cas il y a quelques circonstances particulières qui nous échappent entièrement, et que nous ne pouvons pas donner une bonne explication de cette absence du signe principal d'un rétrécissement mitral. Au reste, il faut dire que ces cas sont extrêmement rares, puisque celui-ci est le seul de ce genre, au milieu des nombreuses observations que j'ai rassemblées.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs du rétrécissement de l'orifice mitral.*

Bruit de souffle, de râpe, de lime, etc., commençant *un peu avant* le premier bruit, cessant lorsque celui-ci se fait entendre, ou se prolongeant pendant toute sa durée. (Signe caractéristique.)

Bruit anormal *se prolongeant vers la pointe du cœur ;* disparaissant au-dessus de la base, à moins de complications.

Intermittence et irrégularité du pouls. (Signe non constant.)

2° *Signes distinctifs du rétrécissement de l'orifice mitral et du rétrécissement aortique.*

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL.	RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE.
Bruit anormal commençant *un peu avant* le premier bruit normal.	Bruit anormal commençant *avec ou plutôt un peu après* le commencement du premier bruit normal.
Se prolongeant vers la pointe du cœur, cessant au-dessus de la base.	*Se prolongeant un peu dans la direction de l'aorte.*

(1) *The Edinb. med. and. surg. Journ.*, avril 1835.

Je ne parle pas ici de la différence que l'on a voulu établir entre l'irrégularité plus ou moins grande et plus ou moins fréquente du pouls dans les deux maladies; j'ai dit plus haut que Hope et Corvisart sont d'un avis entièrement opposé; je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai fait l'histoire du rétrécissement aortique.

3° *Signe distinctif du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique.*

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL.	INSUFFISANCE AORTIQUE.
Bruit anormal *au premier temps.*	Bruit anormal *au second temps.*

Ce signe distinctif est suffisant pour établir le diagnostic d'une manière solide.

4° *Signes distinctifs du rétrécissement mitral et des maladies sans lésion organique du cœur, donnant lieu à des bruits anormaux* (chlorose, anémie, etc.)

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE MITRAL.	MALADIES SANS LÉSION ORGANIQUE.
Bruit de souffle *simple*, dans les cas non compliqués.	Bruit de souffle *parfois double.*
Borné à une petite étendue de la région péricordiale.	*Étendu à une grande partie* du système artériel.
Absence des symptômes généraux de la chlorose et de l'anémie.	*Symptômes généraux* de la chlorose et de l'anémie.

Je ne fais point entrer dans ce tableau le diagnostic différentiel du rétrécissement mitral et de l'insuffisance de ce même orifice, ainsi que du rétrécissement et de l'insuffisance de l'orifice tricuspide, attendu que ces dernières lésions ne se rencontrant pas seules, l'observation n'a point encore éclairé suffisamment ce point difficile.

Pronostic. Le pronostic de cette lésion de la surface interne du cœur est, comme chacun sait, très grave. En effet, nous voyons, dans les observations qui ont été rapportées par les auteurs, les sujets finir par succomber, après avoir éprouvé de longues souffrances. Quelquefois cependant, et Hope en cite des exemples, un traitement bien entendu, lorsque le rétrécissement n'était point porté à un degré extrême, a pu, sinon procurer aux malades une guérison radicale, du moins les mettre en état de reprendre leurs occupations, avec les ménagements nécessaires pour ne pas rendre à leur affection son ancienne intensité. Mais au bout d'un certain temps, les anciens symptômes se reproduisent, et l'on s'aperçoit que la maladie n'a pas cessé de faire des progrès. On n'a donc, en définitive, réussi qu'à retarder plus ou moins la terminaison fatale.

§ VII. — Traitement.

En lisant attentivement les auteurs, on voit que si la localisation des lésions et l'étude des symptômes appartenant en propre à chacune de ces lésions, ont fixé leur attention d'une manière spéciale, il n'en est pas de même du traitement qui pourrait convenir à chaque cas particulier. Il est difficile de dire ce que produiraient de semblables recherches; mais l'identité de nature de lésions diverses par leur siége et par leurs effets, telles que le rétrécissement des orifices, l'insuffisance des valvules, les végétations de la membrane interne du cœur, doivent nous porter à admettre que les mêmes moyens sont applicables à ces diverses

lésions, et qu'il n'y a rien qui appartienne en propre à chacune d'elles. D'un autre côté, l'hypertrophie presque constante des parois du cœur, et l'existence d'une péricardite récente ou ancienne, réclamant leur part du traitement, il doit en résulter que ce traitement est à peu près le même pour toutes ces affections organiques; aussi, quand on consulte les divers articles consacrés par les auteurs à ces maladies chroniques des valvules, à l'hypertrophie, aux diverses dégénérescences du tissu du cœur, on ne trouve que de très faibles différences dont il est impossible d'apprécier la valeur. Il serait donc complétement inutile de chercher à présenter un traitement particulier pour chacune des lésions des diverses valvules. C'est pourquoi je vais continuer la description des maladies des orifices, me réservant de donner, dans un article général, un exposé des divers moyens mis en usage contre elles. C'est tout ce que l'on peut faire que de séparer, sous le rapport thérapeutique, ces lésions des autres lésions organiques et de l'hypertrophie en particulier, car nous verrons, je le répète, combien les traitements mis en usage se ressemblent dans tous ces cas.

ARTICLE VI.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE TRICUSPIDE.

Si l'ossification et l'induration de la valvule tricuspide sont rares, le rétrécissement de l'orifice qu'elle est destinée à fermer est bien plus rare encore. En effet, dans toutes les observations que j'ai pu rassembler, je n'en ai trouvé qu'un cas bien évident; il est rapporté par Hope (1). Ce cas n'était point simple; le rétrécissement de l'orifice tricuspide coïncidait avec un rétrécissement plus considérable encore de l'orifice mitral, en sorte qu'il est impossible de distinguer, sous le rapport des signes physiques du moins, ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces deux lésions.

Un bruit de râpe se faisait entendre au premier temps; il y avait de l'irrégularité du pouls, de l'œdème à la face et aux jambes, des réveils en sursaut, mais nous savons que ces symptômes appartiennent aussi bien au rétrécissement de l'orifice mitral qu'au rétrécissement de l'orifice tricuspide. Il n'en est pas de même de deux signes qui ont été remarquables dans ce cas, et qui consistaient en une dyspnée ancienne avec des accès de suffocation intense et un pouls veineux bien marqué dans les jugulaires. Ces derniers signes se rencontrent, il est vrai, quelquefois dans le rétrécissement de l'orifice mitral, mais ils n'y sont pas très fréquents, et il est remarquable qu'ils se soient montrés à ce degré dans ce cas où il devait exister une gêne de la circulation veineuse, et peut-être l'insuffisance de la circulation pulmonaire. Je n'ai, du reste, rien à ajouter à ce peu de mots sur une lésion de peu d'importance pour nous.

ARTICLE VII.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AORTIQUE.

§ I. — Fréquence.

Le rétrécissement de l'orifice aortique est, après le rétrécissement mitral et l'insuffisance des valvules de l'aorte, la lésion valvulaire que j'ai trouvée le plus fré-

(1) *Loc. cit.*, p. 571.

quemment dans les observations. Treize sujets le présentaient, soit comme lésion unique de la membrane interne du cœur, soit concurremment avec d'autres lésions de ce genre.

§ II. — Causes.

Les causes de cette affection sont les mêmes que celles que nous avons indiquées pour le rétrécissement de l'orifice mitral, et en général pour toutes les affections des orifices; il est donc inutile d'y insister. L'*âge* des sujets a varié de dix à soixante-douze ans. La plupart n'avaient point atteint l'âge de cinquante ans. Quant au *sexe*, il ne paraît pas avoir eu plus d'influence que sur le rétrécissement mitral, puisque sur 13 cas, on trouve 6 femmes et 7 hommes; mais ces chiffres insuffisants ne peuvent être regardés que comme un commencement de statistique.

§ III. — Symptômes.

1° *Symptômes locaux*. La force et l'étendue de l'*impulsion* n'ont point été notées, dans tous les cas, par les auteurs; en général, elles étaient grandes. Deux fois seulement elles sont notées faibles, sans que l'état de l'organe en donne la raison, puisque l'hypertrophie existait également dans les différents cas; le trouble de la circulation peut donc être seul invoqué dans ces circonstances.

Aucun cas ne fait mention d'une *voussure* à la région précordiale, quoique quelques auteurs, dans leurs articles généraux, en aient admis l'existence.

Le *frémissement cataire*, sur lequel Laënnec a tant insisté, n'a été noté que chez trois sujets, qui cependant ne présentaient rien de particulier.

Des bruits anormaux de différentes espèces se font entendre à la région précordiale. Ils varient depuis le simple *bruit de souffle* jusqu'au *bruit de scie, de râpe* et de *sifflement*. Les auteurs n'ont pas toujours eu soin de marquer exactement le temps auquel ils se produisent; mais toutes les fois qu'ils l'ont fait, c'est au premier temps que le bruit s'est fait entendre, et, dans tous les cas assez peu compliqués pour qu'on pût positivement rapporter ce signe au rétrécissement aortique, il existait uniquement dans ce temps, et ne commençait pas *avant le premier bruit normal*, comme le souffle du rétrécissement mitral.

On a donné comme un des signes appartenant au rétrécissement de l'orifice aortique le *prolongement du bruit dans une certaine étendue de l'aorte*; mais dans les observations que j'ai rassemblées il n'y a qu'un seul cas qui fasse mention de ce prolongement, et encore existait-il en même temps une insuffisance aortique qui rendait parfaitement compte du phénomène. Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, admettre que le bruit de souffle du rétrécissement aortique est très borné dans son étendue, et ne se fait guère entendre que dans le point où il se produit.

Nous avons vu plus haut que, suivant Hope, le *pouls* serait bien moins intermittent et inégal dans les cas de rétrécissement aortique que dans ceux de rétrécissement mitral, et que Corvisart était d'une opinion opposée; on ne trouve qu'un petit nombre de faits qui puissent résoudre cette question, attendu que les complications viennent toujours rendre les explications difficiles; mais dans les cas que j'ai sous les yeux on voit que, conformément à l'opinion de Hope, le rétrécissement de l'orifice mitral a causé plus fréquemment, et à un plus haut degré,

l'intermittence du pouls. Le rétrécissement de l'orifice aortique ne lui donne ce caractère que lorsqu'il est très considérable. Les pulsations des artères sont alors faibles, inégales, souvent interrompues. Lorsqu'au contraire le rétrécissement est faible, le pouls est fort, large, vibrant, ce qui est dû à l'état d'hypertrophie active commençante où se trouve le ventricule gauche.

Les *palpitations* sont, comme dans le rétrécissement mitral, un signe constant de la maladie. Elles n'ont jamais manqué et doivent être également rapportées à l'hypertrophie des ventricules.

La *dyspnée* s'observe un peu moins fréquemment dans le rétrécissement aortique que dans celui de l'orifice mitral; elle n'est portée au plus haut degré que dans les cas où le rétrécissement est très considérable, et où le ventricule hypertrophié ne pouvant, malgré son énergie nouvelle, faire passer librement le sang dans le système artériel, il y a stase de ce liquide dans les cavités gauches, et par suite trouble de la circulation pulmonaire.

Bien que les auteurs aient parlé de la *coloration de la face* comme offrant quelques caractères particuliers, on ne la trouve presque jamais mentionnée dans les observations, en sorte qu'on ne peut pas, sous ce rapport, savoir d'une manière positive si l'état de la face offre quelque chose de particulier dans la lésion qui nous occupe. On n'a pas non plus noté de battements artériels dans la tête, ni de crachement de sang, ni de bouffées de chaleur à la face.

La *douleur locale* manque dans un assez grand nombre de cas. Lorsqu'elle existe, elle est peu vive et reste ordinairement bornée à la région précordiale, où elle constitue plutôt un sentiment de gêne qu'une douleur caractérisée. Un seul malade était sujet à éprouver des douleurs de tête.

L'*œdème* paraît être lié d'une manière plus étroite encore avec le rétrécissement aortique qu'avec le rétrécissement mitral, puisque, dans tous les cas où les auteurs ont recherché son existence, ils l'ont noté à un degré assez avancé. Il commence ordinairement par les extrémités inférieures. Chez un sujet, il a pu rester borné aux paupières; mais lorsque la maladie a une durée considérable, il devient général, et il se produit parfois une ascite. Dans aucun des cas publiés, on n'a signalé d'épanchement séreux dans d'autres cavités, quoiqu'il ne soit pas douteux qu'il puisse en exister dans cette maladie.

Le *pouls veineux* n'a été noté que deux fois dans les observations que je possède, et encore ne peut-on savoir s'il faut l'attribuer uniquement au rétrécissement aortique, puisqu'il existait des complications qui pouvaient également le produire.

Tels sont les symptômes qu'on doit rapporter à cette grave lésion. On voit que, lorsqu'on ne veut pas se contenter d'une description approximative et générale, on trouve beaucoup de difficulté à distinguer les signes qui sont propres aux diverses espèces de rétrécissements; mais j'ai dû me borner à exposer ce qui est mis hors de doute par les faits, montrant ainsi de quelle manière on parviendra à établir un peu d'ordre et de précision dans cette histoire si compliquée des maladies du cœur.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme toutes les lésions chroniques du cœur, celle-ci donne lieu à des symptômes dont la *marche* est irrégulière, surtout dans les premiers temps. On voit

alors à un état très grave occasionné par des causes très diverses succéder une période plus ou moins longue de calme, pendant laquelle les principaux symptômes, sans en excepter l'infiltration séreuse, disparaissent plus ou moins complétement; mais bientôt tous les signes se reproduisent, et ordinairement avec une nouvelle intensité.

Nous ne possédons que des recherches fort incomplètes sur la *durée* de l'affection. Dans le petit nombre de cas où le rétrécissement aortique était la seule lésion qui existât aux orifices du cœur, et où les progrès de la maladie de cet organe ont seuls amené la mort, la terminaison fatale est survenue de trois mois à cinq ans après le début. Dans un cas cité par M. Bouillaud, la maladie a duré dix ans; mais comme il y avait en même temps une affection grave de l'aorte, on ne peut savoir si l'affection du cœur existait au début, ou si elle n'a été que consécutive à l'affection artérielle. Au reste, il suffit de dire que, dans la plupart des cas, on n'a pu déterminer le début de la maladie que d'une manière fort vague, pour faire sentir qu'on ne doit avoir qu'un léger degré de confiance dans cette détermination de la durée de l'affection. Il faut attendre des observations plus nombreuses et plus exactes pour se prononcer positivement sur ce point.

La *terminaison* fatale de la maladie a été plus souvent occasionnée par les seuls progrès de la lésion du cœur dans le rétrécissement aortique que dans le rétrécissement mitral. Dans le cas de M. Bouillaud déjà cité, une apoplexie hépatique est venue la hâter; dans un autre, rapporté par M. Charcellay, c'est une affection abdominale non caractérisée; enfin il y a eu un cas de sphacèle du membre inférieur, qui est le même que celui que j'ai cité plus haut à l'article du rétrécissement mitral, car il y avait complication de ces deux lésions. En somme, c'est par la mort que se termine le rétrécissement aortique. Comme dans le rétrécissement mitral, on a pu, à l'aide du traitement, prolonger les jours du malade, et lui procurer des améliorations de plus ou moins longue durée; mais jamais on n'a obtenu une guérison radicale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous arrêter longtemps; ce sont, en effet, à peu près les mêmes que celles que nous avons trouvées dans le rétrécissement mitral : induration, cartilaginification, ossification, adhérence des valvules plus ou moins déformées; réduction de l'orifice en un pertuis irrégulier, affectant des formes diverses; quelquefois rétrécissement porté au point de ne laisser passer qu'un petit pois (1). Les indurations commencent souvent par les tubercules d'Arantius, et envahissent ensuite le bord libre des valvules; d'autres fois c'est, au contraire, par la base que l'invasion a lieu, et Corvisart avait même fait une variété de cette induration partielle.

Il serait inutile d'insister plus longtemps sur ces lésions, qui présentent des nuances nombreuses. Il suffit de rappeler que l'immobilité, la rigidité des valvules qui ne peuvent plus faire l'office de soupape, ainsi que la diminution notable de l'ouverture par laquelle le sang doit être projeté dans les artères, en sont les principaux résultats.

(1) Bouillaud, *Traité clinique des mal. du cœur*; Paris, 1845, t. II, p. 210.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Les difficultés du diagnostic de cette affection proviennent, comme dans le rétrécissement mitral, de la grande fréquence des complications. Il est à peine nécessaire de rappeler ici les symptômes qui appartiennent en propre à cette lésion ; ils ont été longuement décrits plus haut : je me contenterai donc de les énumérer.

Bruit de souffle, de râpe, de lime, de scie, etc., *pendant le premier temps*, ayant son maximum d'intensité à la base du cœur ; se prolongeant à une petite distance dans le trajet de l'aorte, et nullement vers la pointe de l'organe ; quelquefois intermittence et irrégularité du pouls.

Si maintenant nous recherchons avec quelles autres lésions organiques on pourrait confondre celles qui donnent lieu à de pareils signes, nous voyons : 1° que l'insuffisance aortique doit être mise de côté, puisque le bruit anormal a lieu *au second temps ;* 2° que le rétrécissement mitral donne lieu à un bruit de souffle *qui précède* le premier temps, ce que je me contenterai de rappeler dans le tableau synoptique ; 3° que le rétrécissement pulmonaire présente des signes semblables, et que les observations sont insuffisantes pour rechercher s'il y aurait entre ces deux affections quelques signes distinctifs ; 4° que l'état chlorotique et anémique donne lieu à un bruit de souffle parfois double, étendu à une grande partie du système artériel ; 5° que, dans les maladies de l'aorte, les bruits anormaux, existant ordinairement dans la diastole aussi bien que dans la systole du vaisseau, ont leur maximum d'intensité à un point plus ou moins éloigné de la base du cœur, et ont une étendue plus considérable.

Tel est le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe ; mais il faut ajouter que, dans un nombre assez considérable de cas, le rétrécissement aortique coïncide avec une insuffisance du même orifice. Alors le diagnostic devient un peu plus difficile, mais non impossible, puisqu'on trouve des signes correspondants à ces deux états : le bruit anormal *au premier temps* pour le rétrécissement, et au *second temps* avec un timbre généralement plus doux pour l'insuffisance.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs du rétrécissement de l'orifice aortique.*

Bruit anormal (de souffle, de râpe, de lime, etc.) *pendant le premier temps.*
Ayant son maximum d'intensité *à la base du cœur.*
Nul vers la pointe ; se prolongeant un peu dans l'aorte.
Dans plusieurs cas, *intermittence*, irrégularité du pouls.

2° *Signe distinctif du rétrécissement et de l'insuffisance aortique.*

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE.	INSUFFISANCE AORTIQUE.
Bruit de souffle *au premier temps.*	Bruit de souffle *au second temps.*

3° *Signes distinctifs du rétrécissement aortique et du rétrécissement mitral.*

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE.	RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.
Bruit anormal commençant *avec* premier bruit normal.	Bruit anormal commençant *un peu avant* le premier bruit normal.
Se prolongeant un peu *dans la direction de l'aorte.*	Se prolongeant *vers la pointe du cœur ;* cessant au-dessus de la base.

4° Signes distinctifs du rétrécissement aortique et de l'état chlorotique et anémique.

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE.	CHLOROSE, ANÉMIE.
Bruit de souffle, etc., *simple* au premier temps, à moins de complication.	Bruit de souffle *parfois double*; se prolongeant dans une grande étendue du système artériel.
Absence des signes généraux de la chlorose et de l'anémie.	*Signes généraux* de la chlorose et de l'anémie.

5° Signes distinctifs du rétrécissement aortique et des maladies de l'aorte donnant lieu au bruit de souffle.

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE.	MALADIES DE L'AORTE.
Bruit anormal *seulement au premier temps*.	Bruit anormal *double*.
Borné à une petite étendue.	*S'étendant plus ou moins loin* dans le vaisseau.
Plus *profond*.	Plus *superficiel*.

Pronostic. Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie me dispense d'insister sur le pronostic, qui est d'autant plus grave que les symptômes deviennent plus permanents.

§ VII. — Traitement.

Pas plus que pour le traitement du rétrécissement mitral, je ne connais aucun moyen que l'on puisse appliquer particulièrement au rétrécissement aortique. Il faut donc nécessairement renvoyer ce que je dois en dire après la description de toutes les lésions des orifices.

ARTICLE VIII.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE PULMONAIRE.

Les observations de ce genre sont peu nombreuses. Parmi les faits publiés, il en est trois remarquables qui ont été cités par M. Bouillaud, et qui appartiennent à Bertin (1), à M. Louis (2), et à M. Burnet (3).

Nous ne trouvons aucune *cause* particulière de cette lésion, si ce n'est toutefois, comme cause prédisposante, une circonstance remarquable qui s'est rencontrée dans deux des trois cas que je viens de mentionner; c'est celui de la communication des cavités gauches avec les cavités droites, par le trou de Botal non oblitéré, dans un cas, et par une ouverture anormale de la cloison interventriculaire, dans l'autre. Le mélange possible du sang artériel et du sang veineux aurait-il agi sur la membrane interne des cavités droites, comme le sang artériel sur celle des cavités gauches ?

Les *signes physiques* n'ont point été recherchés d'une manière très exacte dans ces cas. M. Burnet a trouvé un *bruit de souffle* fort et prolongé au premier temps. Il y avait aussi un bruit de souffle dans le cas cité par M. Louis, mais le temps

(1) *Traité des mal. du cœur et des gros vaisseaux*; 1824.
(2) *Mémoires ou Recherch. anatom.-pathol.*, 1826. — *De la communic. des cavit. droites avec les cavit. gauch. du cœur.*
(3) *Journ. hebdom. de méd.*; 1831.

n'est pas indiqué. Deux fois le *frémissement cataire* a été observé. Quant aux palpitations, elles ont été toujours fortes, avec une *impulsion* notable et étendue. M. Burnet a trouvé une *matité* occupant un grand espace.

La *douleur* n'est mentionnée qu'une fois ; elle était aiguë ; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était la *coloration de la face* et la *gêne de la respiration*. La face, en effet, présentait au plus haut point les signes attribués à la stase du sang veineux dans la grande circulation : couleur violacée, animation, lèvres bleuâtres, tels sont les caractères qu'elle présentait, et, de plus, dans un cas, les membres étaient marbrés de blanc et de violet, ce qui annonçait une gêne plus grande dans la circulation veineuse. Quant à l'*œdème*, il était général dans deux cas, et n'est pas mentionné dans l'autre. Chose remarquable, le pouls veineux n'a été signalé dans aucun de ces cas.

Nous ne trouvons dans la description précédente que la gêne de la circulation veineuse et de la respiration qui aient quelque chose de propre au rétrécissement de l'orifice pulmonaire, et encore faut-il remarquer que ces signes, bien que paraissant parfois à un plus haut degré dans les cas où cette lésion existe, se remarquent fréquemment dans les rétrécissements des orifices gauches ; de telle sorte qu'à moins que de nouvelles observations viennent jeter un nouveau jour sur l'histoire de cette lésion, il est impossible d'en rien dire de bien positif, et c'est pourquoi je ne pousserai pas plus loin cette description.

J'ajouterai seulement que dans deux de ces trois cas la maladie a eu une *durée* beaucoup plus longue que celle des cas ordinaires de rétrécissement des orifices gauches. Elle a été, en effet, de dix ans et de treize ans et demi. Dans le troisième cas, elle est évaluée à six mois, mais il s'agissait d'un enfant de sept ans chez lequel il y avait des lésions du ventricule et du foie extrêmement graves. Au reste, ce sont là des données établies sur un trop petit nombre de faits pour qu'on doive en tirer une conclusion rigoureuse.

ARTICLE IX.

INSUFFISANCE DE LA VALVULE MITRALE.

Cette lésion est beaucoup *moins fréquente* que le rétrécissement du même orifice et que l'insuffisance aortique ; je n'en ai trouvé, dans les observations, que 6 cas, et parmi ces 6 cas il n'en est qu'un seul dans lequel les lésions étaient bornées à cet orifice. Sans donc nous arrêter à des détails sur lesquels nous n'aurions que des données très vagues à présenter, indiquons rapidement les principaux signes notés dans les observations, et principalement dans celle qui a été rapportée par Hope.

Le *bruit de souffle* a été entendu, au premier temps, par Hope et M. O'Ferral (1), qui malheureusement ne disent pas s'il était possible de constater le moment précis de l'apparition de ce souffle, et s'il avait lieu seulement *à la fin* du premier temps. Dans les autres cas, la lésion étant compliquée d'insuffisance des valvules aortiques ou de rétrécissement mitral, il est difficile de démêler ce qui appartient en propre à l'insuffisance de ce dernier orifice. Dans un cas observé par M. Williams (2),

(1) *Dublin Journ. of med. sc.*
(2) *London med. Gaz.*; 1847.

l'insuffisance était due à la rupture de la valvule. Du reste, on a observé les mêmes symptômes généraux que dans les affections précédentes quoiqu'un peu moins prononcés généralement. Chez le sujet observé par M. Williams, les urines étaient albumineuses.

N'insistons pas davantage sur une lésion qui, je le répète, n'existe presque jamais seule, et qui peut être regardée comme une simple complication.

ARTICLE X.

INSUFFISANCE TRICUSPIDE.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'insuffisance de la valvule tricuspide, qui presque toujours est compliquée de rétrécissement aortique ou mitral. En examinant attentivement les observations, je n'ai rien trouvé qui appartînt en propre à cette lésion, si ce n'est, comme pour les autres altérations des cavités droites, une gêne plus grande de la circulation et une stase sanguine plus considérable dans le système veineux. Quant aux bruits anormaux qu'on pouvait rapporter à la lésion qui nous occupe, c'est au premier temps qu'ils se sont fait entendre, et très probablement au moment correspondant à la contraction ventriculaire. Dans les cas d'insuffisance tricuspide, comme dans les cas d'insuffisance mitrale, c'est le reflux du sang à travers l'orifice altéré, ou la *régurgitation*, suivant l'expression de Hope, qui donne lieu au bruit anormal; et par conséquent ce bruit doit se produire au moment de la contraction ventriculaire.

Passons maintenant à la description de l'insuffisance des valvules sygmoïdes de l'aorte, sur laquelle des travaux importants ont été publiés dans ces dernières années, et qui nous offre un bien plus grand intérêt.

ARTICLE XI.

INSUFFISANCE AORTIQUE.

Cette affection est, ai-je dit, une de celles qui ont, dans ces derniers temps, attiré plus spécialement l'attention des observateurs. On en trouve quelques exemples, mais à peine indiqués et présentés presque uniquement sous le rapport anatomique, dans Morgagni, Selle et Sénac. En 1831, Hope avait déjà dit quelques mots de cette affection, mais il n'en avait parlé que d'une manière fort incomplète, et principalement sous le rapport de l'état du pouls, lorsque le professeur Corrigan (1) publia ses observations et donna une description de la maladie, à laquelle on n'a apporté depuis que quelques modifications. Peu de temps après, M. le docteur A. Guyot, dans une thèse fort remarquable (2), en rapporta plusieurs observations très intéressantes. Enfin, plus tard, MM. Charcellay (3), le docteur Williams Henderson (4), Aran, (5) etc., ont publié des travaux fort importants sur ce point de

(1) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, avril 1832.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ sér., t. V, p. 325.
(3) Thèse; Paris, 1836.
(4) *Edinb. med. and surg. Journ.*, oct. 1837.
(5) *Recherch. sur les signes et le diagn. de l'insuf. des valv. de l'aorte* (*Arch. gén. de méd.* 3ᵉ série, 1842, t. XV, p. 265).

pathologie. Malgré ces recherches, il est resté quelques doutes et quelques obscurités sur plusieurs questions qui se rattachent à cette affection ; je vais exposer ce qu'il y a de plus positif dans l'état actuel de la science.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom d'insuffisance de l'orifice aortique à tout état des valvules qui permet au sang déjà lancé dans l'aorte de refluer dans les ventricules ; je décrirai plus loin les diverses altérations qui peuvent donner lieu à ce cours du sang en sens inverse.

Presque tous les auteurs ont désigné cette affection sous le nom que je lui conserve. Cependant Hope la nomme *régurgitation à travers les valvules aortiques*.

La *fréquence* de cette affection n'est pas très grande, surtout à l'état de simplicité : mais il arrive assez souvent que dans les rétrécissements de l'orifice aortique, les valvules étant adhérentes ou indurées, ne peuvent point obstruer complétement l'orifice, et alors il y a rétrécissement avec insuffisance. Nous en possédons maintenant un assez grand nombre d'observations dont une bonne partie a été recueillie par les médecins anglais.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que très peu de choses à dire relativement à ces causes. En général, les observations sont muettes sur la plupart des détails les plus importants. Voici ce qu'elles nous apprennent : L'*âge* a varié de dix-huit à soixante-six ans. Le plus souvent les sujets étaient âgés de vingt-cinq à cinquante ans ; d'où il suit que la maladie qui nous occupe ne saurait être regardée comme étant, dans la majorité des cas, la suite des progrès de l'âge. Il est remarquable que sur 17 sujets pris au hasard, il se trouve 15 hommes et seulement 2 femmes. Le chiffre est trop faible pour qu'on en puisse rien conclure, car il peut y avoir eu une simple coïncidence. Toutefois ce fait doit attirer l'attention des observateurs.

Parmi les affections antécédentes éprouvées par les malades, il n'en est aucune qui ait été observée plus fréquemment que le *rhumatisme articulaire* ; c'est aussi la seule qu'on puisse regarder comme cause prédisposante de la maladie qui nous occupe (1). Aucune autre circonstance particulière ne ressort de l'examen des observations.

2° Causes occasionnelles.

Dans deux cas cités par MM. Guyot et Henderson, la cause occasionnelle de l'affection paraît avoir été un *effort* ou un *coup violent*, et, dans ces cas, les premiers symptômes ont apparu d'une manière subite. J'ai observé récemment un cas semblable. M. le docteur Richard Quain (2) a de son côté réuni quatre observations dans lesquelles la maladie survint subitement dans un effort. Dans aucun autre, on n'a pu découvrir l'existence d'une cause occasionnelle.

§ III. — Symptômes.

Début. Dans la grande majorité des cas, le début de l'affection est graduel. Les sujets éprouvent les symptômes communs aux diverses maladies du cœur : gêne

(1) *Voy.* Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire* ; Paris, 1840, in-8.
(2) *Month. Journ. of med. sci.*, déc. 1846.

dans la région précordiale, palpitations, dyspnée, apparition et disparition d'œdèmes partiels, et ces symptômes vont sans cesse croissant, quoique d'une manière irrégulière, jusqu'à ce qu'enfin la maladie se présente avec les phénomènes que nous allons bientôt décrire. Dans quelques cas, au contraire, le début est brusque. J'ai cité plus haut ceux qui ont été rapportés par MM. Guyot, Henderson et R. Quain et celui que j'ai observé moi-même. M. Aran en a fait connaître un autre dans lequel, spontanément, sans cause occasionnelle appréciable, et au moment où le malade se mettait au lit, il est survenu une dyspnée notable et une syncope, phénomènes qui se sont ensuite reproduits, et qui ont été suivis des symptômes croissants d'une insuffisance des valvules.

Dans les cas observés par M. Richard Quain, on nota trois fois une douleur subite et excessive à la région du cœur. J'ai eu occasion d'observer un cas, qui me paraît semblable, sur un officier de cavalerie. Les symptômes de l'insuffisance se sont, en effet, déclarés après une douleur déchirante et subite à la région du cœur.

Nous verrons plus loin à quelle lésion particulière il faut attribuer ce début subit.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, le médecin a à considérer les symptômes locaux et les symptômes généraux. Les premiers sont ceux qui ont été étudiés avec le plus de soin et qui le méritaient, car ils servent particulièrement à caractériser la maladie.

M. Corrigan avait donné comme le principal signe de l'insuffisance des valvules aortiques l'existence d'un *bruit de souffle* s'étendant à une grande partie de l'aorte, et qui, selon lui, *remplaçait le second bruit du cœur*. M. Guyot adopta cette manière de voir, en s'appuyant sur ses propres observations. On admettait généralement ce signe comme le plus important, lorsque M. Henderson chercha à prouver qu'il n'avait pas toute la valeur qu'on lui supposait. Il se fonda : 1° sur ce que, dans certains cas, le bruit de souffle au second temps n'a pas été signalé ; et 2° sur ce que le bruit anormal peut appartenir aussi bien à un rétrécissement de l'orifice mitral qu'à l'insuffisance aortique. Nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur cette dernière objection. Quant à la première, l'examen des observations va nous apprendre ce qu'il faut penser de l'opinion de M. Henderson. Dans 12 cas empruntés aux divers auteurs, dans le but d'éclairer cette question, un bruit anormal a constamment existé au second temps ; dans un bon nombre de ces cas, il est vrai, le souffle existait également au premier temps ; mais on en trouve une raison suffisante dans l'existence de complications telles qu'un rétrécissement mitral ou aortique. Ce sont surtout, ainsi que l'a fait remarquer M. Aran, les cas d'insuffisance avec rétrécissement qui ont fait regarder le diagnostic comme douteux, parce qu'on n'a pas assez réfléchi qu'il y avait un bruit appartenant au rétrécissement, et se passant au premier temps, et un autre dû à l'insuffisance, ayant lieu au second temps. Ce qui ne laisse aucun doute sur la réalité de cette explication, c'est que, dans les cas où l'insuffisance existait seule, le bruit anormal était borné au second temps, sans aucune exception.

Les nuances que peut présenter ce bruit anormal n'ont qu'une valeur secondaire. On lui a trouvé le caractère d'un murmure musical, d'un sifflement, d'une espèce de bourdonnement, ou d'un bruit semblable au roucoulement d'un pi-

geon, comme le docteur Watson (1) en a cité des exemples. Il est très rare que ce murmure soit rude et ressemble au bruit de scie ou de râpe, si fréquent dans les cas de rétrécissement; aussi a-t-on fait de sa douceur et de son peu d'intensité un caractère particulier à l'insuffisance des valvules. Mais la douceur ou la rudesse du son dépendant non seulement de la force du courant sanguin, mais encore de l'état d'induration ou de mollesse des valvules, il en résulte que cette règle n'est point constante. En effet, j'ai sous les yeux des observations dans lesquelles le bruit anormal s'est rapproché du bruit de râpe, et a pris un assez haut degré d'intensité.

Le *point* dans lequel se produit le bruit de souffle est très important à noter. On voit, dans les observations, qu'il a son maximum d'intensité un peu au-dessus de la base du cœur, et qu'il se fait entendre à une assez grande hauteur dans le trajet de l'aorte.

Il n'est pas difficile de se rendre compte de l'existence de ce bruit de souffle. Les valvules altérées, ne pouvant plus oblitérer le calibre de l'aorte, se rapprochent néanmoins, mais ne réussissent qu'à former un véritable rétrécissement, car elles laissent entre elles un simple pertuis plus ou moins considérable. Il s'ensuit que le sang, repoussé par la systole artérielle vers le ventricule, trouve un orifice anormal avec toutes les conditions nécessaires pour produire les vibrations qui donnent lieu au bruit de souffle. Mais ici une objection peut se présenter : comment admettre, dans la théorie de M. Beau, que le sang rentre dans le ventricule, lorsque celui-ci est contracté ? C'est là une de ces difficultés dont j'ai parlé. Toutefois elle ne me paraît pas insurmontable. On conçoit très bien qu'après une contraction très active, le ventricule, rentrant dans le repos, se laisse relâcher un peu par l'effort de la *régurgitation* sanguine, et c'est probablement ce qui a lieu. M. Beau d'ailleurs (2) fait remarquer que dans le repos le ventricule est, non pas contracté, mais *en contractilité*, ce qui permet la distension par le retour du sang. Au reste, cette difficulté se retrouve dans toutes les théories, excepté dans celle de la dilatation active, qui a si peu de partisans. Si, en effet, on n'admet pas cette dilatation active; si, comme Hope, le comité de Londres, etc., on ne reconnaît qu'une dilatation causée par le sang venu de l'oreillette, il n'y a pas plus de raison, et moins encore, d'admettre la possibilité du reflux du sang dans le ventricule.

Les cas dans lesquels le docteur Henderson assure qu'il n'existait aucun bruit anormal ont-ils été bien observés ? C'est ce qu'il m'est impossible de décider, puisque cet auteur ne cite pas les observations. J'ai dit que, suivant MM. Corrigan et Guyot, le second bruit normal serait remplacé par le bruit anormal; mais MM. Beau et Gendrin, ayant pratiqué l'auscultation au delà des limites où se fait entendre ce dernier bruit, ont constaté que le second bruit normal existe encore, ce que le dernier de ces deux auteurs attribue uniquement à la persistance du bruit normal dans les parties droites du cœur ; opinion que je discuterai plus tard. Il résulte de ce qui précède qu'un *bruit anormal au second temps* est un signe constant de l'insuffisance des valvules aortiques, et que si, dans quelques cas, on a trouvé au premier temps quelque bruit de ce genre, c'est qu'il y avait complication.

Le *frémissement vibratoire* ou *cataire* s'observe rarement dans les cas d'insuf-

(1) *Lond. med. Gazette*, vol. XIX.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1844, t. V, p. 523.

fisance aortique, surtout lorsqu'il n'y a aucune complication ; cependant il a été noté dans trois des cas que j'ai sous les yeux, et dans deux de ces cas il se prolongeait dans une grande étendue de l'aorte et jusque dans les carotides.

Après les bruits que l'on entend à la région précordiale, il n'est point de signe plus important que l'état du *pouls*. Déjà Hope lui avait reconnu un caractère vibrant ou bondissant très remarquable. M. Corrigan, après avoir noté ce fait, constata en outre que les pulsations des diverses artères du corps devenaient visibles. Ce phénomène est surtout notable dans les artères des membres supérieurs, et l'on peut le rendre encore plus évident en faisant élever les bras ; alors on voit dans le creux de l'aisselle, au pli du coude, et même à la partie inférieure du bras, dans le trajet de la radiale, des battements forts et larges. M. Henderson, sans nier l'importance de ces caractères du pouls, a cru en trouver un plus digne d'attention encore, dans l'*intervalle* qui existe entre les battements du cœur et la diastole de l'artère. Il a vu, en effet, que dans les carotides les battements ne se faisaient sentir qu'un temps assez notable après qu'on avait entendu ceux du cœur, et selon lui, même en admettant avec Sœmmerring, Magendie, Weber, etc., qu'il y a dans l'état normal un intervalle sensible entre le battement cardiaque et le battement artériel, ce signe n'aurait pas une moindre valeur, puisque cet intervalle devient évidemment beaucoup plus considérable. C'est là un symptôme qui n'a pas été suffisamment étudié par les observateurs, et qui cependant mérite toute leur attention, car les faits cités par M. Henderson sont fort remarquables.

Le pouls est ordinairement large, et néanmoins, ainsi que l'a noté M. Aran, il ne présente pas de dureté réelle, car, dans l'intervalle de deux diastoles, on peut facilement le déprimer. Il est habituellement fréquent, et le devient beaucoup plus lorsque le malade éprouve une émotion. Il est vif, rapide, c'est-à-dire que la pulsation se fait sentir pendant un instant très court. Enfin on a mentionné comme faisant partie des symptômes de l'insuffisance aortique une flexuosité visible des artères sous-cutanées ; mais je dois dire que ce signe n'est pas mentionné dans les observations.

Tels sont les symptômes qui ont été donnés comme caractéristiques de l'insuffisance des valvules aortiques ; mais il en est quelques autres qui, quoique d'une moindre importance, méritent d'être indiqués ici.

Les *palpitations* dues à la gêne que le reflux apporte dans le cours du sang et à l'hypertrophie qui en est le résultat se font sentir avec une force plus ou moins grande. L'*impulsion* est forte et étendue ; la *matité* occupe un espace ordinairement plus grand qu'à l'état normal ; il y a fréquemment de la *dyspnée* et des *accès de suffocation*, qui peuvent être portés quelquefois jusqu'à l'*orthopnée ;* la *face*, souvent bouffie, est dans quelques cas livide et bleuâtre, et dans d'autres, au contraire, pâle. Le *pouls veineux* a été rarement observé ; il n'en est fait mention que dans un seul cas où l'insuffisance n'était accompagnée d'aucune autre lésion des orifices.

On a rarement constaté l'existence d'une *douleur* marquée. Dans les cas où il en existait une, elle avait son siége à la région précordiale.

Quelques accidents du côté du système nerveux, tels que des *éblouissements*, des *bourdonnements d'oreilles*, des *vertiges*, de l'*insomnie*, ont été notés dans un petit nombre de cas. M. Charcellay rapporte l'observation d'un individu qui, vers

la fin de son existence, eut un coma *assez* prolongé. L'*œdème* manque rarement, même dans les cas où l'insuffisance existe seule. Ordinairement borné aux extrémités, et surtout aux extrémités inférieures, il devient quelquefois général, et l'on voit même se produire une hydropisie ascite; M. Aran en a rapporté un exemple. M. R. Quain a noté, dans des cas où le début fut subit, que l'œdème ne se produit qu'au bout d'un temps assez long. Ainsi, dans un cas, il n'apparaît qu'au bout de deux ans; dans un autre, au bout de dix-huit mois, et chez un sujet au bout de quatorze. Enfin, dans un cas, on a noté des *crachements de sang* fréquents et abondants.

Ces derniers symptômes sont communs à l'affection qui nous occupe et à toutes les lésions des orifices qui gênent considérablement le cours du sang; il serait donc important qu'on fît des recherches destinées à nous apprendre dans quelle proportion ils se montrent, suivant qu'il existe telle ou telle lésion. C'est un travail qui n'a pas été entrepris, et pour lequel les matériaux que j'ai rassemblés sont insuffisants.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Il est fort difficile, avec les observations incomplètes des auteurs, de tracer exactement la *marche* de cette affection. L'opinion générale est que, de toutes les lésions des valvules, l'insuffisance de l'aorte a la marche la plus lente et en même temps la moins irrégulière. Nous n'avons guère, pour nous guider dans la solution de cette question, que la *durée* de la maladie; mais encore ici nous nous trouvons arrêtés par deux difficultés : la première, c'est que les auteurs n'ont pas suffisamment fixé leur attention sur ce point; et la seconde, c'est qu'il est survenu, dans plus de la moitié des cas, une affection nouvelle qui a rapidement emporté le malade. Dans deux cas observés, l'un par M. Guyot, et l'autre par M. Aran, l'affection a duré une fois quatre ans et l'autre fois quatorze ans. On voit que les limites de cette durée peuvent être très étendues; mais je n'ai rien à en dire de plus positif.

Quant à la *terminaison*, elle est toujours fatale. Lorsque la mort est due aux seuls progrès de la maladie du cœur, on voit la circulation s'embarrasser de plus en plus, l'œdème faire des progrès, et, après plusieurs alternatives de rémissions et de récidives, le sujet succomber comme dans une longue asphyxie. Dans d'autres cas, au contraire, une pneumonie, une pleurésie, l'apoplexie pulmonaire qui a été observée par MM. Henderson et Charcellay, sont de nouvelles causes de mort qui viennent hâter la terminaison fatale. Hope, et plus tard M. Charcellay, ont admis une insuffisance aiguë des valvules, due à une tuméfaction, à une déformation momentanée, à la présence de fausses membranes récentes dans les cas d'endocardite aiguë. Dans ces cas, dont l'existence avait été prévue par M. Guyot, on peut espérer la guérison de la maladie; mais on n'a cité qu'un petit nombre d'exemples de ce genre, exemples qui sont douteux, vu la grande difficulté du diagnostic. Celui que M. Charcellay a rapporté, en particulier, manque des détails les plus nécessaires pour donner une valeur réelle à l'observation.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques, soigneusement décrites par les auteurs, sont très variables. M. Corrigan a indiqué comme cause matérielle de l'insuffisance la

transformation fibreuse, cartilagineuse et osseuse des valvules; la destruction du bord libre de ces valvules; leur perforation, leur rupture, et enfin leurs végétations; c'est à ces lésions, dont il avait constaté l'existence, que M. Guyot a ajouté certaines hypérémies actives et circonscrites aux valvules aortiques. Enfin M. Charcellay en a signalé de nouvelles qui sont dues à une adhérence entre les bords des valvules voisines ou opposées, et à la procidence ou prolapsus d'une ou plusieurs d'entre elles. On peut, sous ces divers chefs, décrire toutes les nuances d'altération notées par les observateurs.

La transformation fibreuse, cartilagineuse, osseuse, empêchant les valvules d'opérer complétement leurs mouvements, ne leur permet pas d'oblitérer suffisamment l'orifice, et de là reflux ou régurgitation. Les végétations, en s'opposant à ce que les bords voisins arrivent à une contiguïté parfaite, peuvent également laisser un pertuis par lequel repasse le sang. L'adhérence de deux valvules voisines ou opposées peut produire le même effet, et c'est alors surtout que l'orifice aortique paraît obstrué par un diaphragme fibreux, au milieu duquel existe une ouverture irrégulière et à bords rigides; il y a dans ces cas insuffisance avec rétrécissement. La destruction du bord libre des valvules laisse nécessairement un libre passage au retour du sang.

Quant à la perforation, à la déchirure et à la rupture, elles méritent de nous arrêter un instant. C'est surtout dans ces cas, dont MM. Guyot, Aran, R. Quain nous ont donné les principaux exemples, qu'on a vu les symptômes se produire tout à coup; ce que l'on conçoit facilement, car la lésion pouvant arriver instantanément, des accidents graves doivent se manifester de même. Tantôt la perforation est simple et irrégulière, tantôt elle est multiple et la base des valvules est criblée d'ouvertures qui lui donnent un aspect réticulé. La procidence ou le prolapsus d'une valvule a été constaté par M. Charcellay. Lorsque cette lésion existe, un de ces opercules, au lieu de venir en contact immédiat avec les autres, est refoulé plus inférieurement par le sang, qui, glissant sur sa surface supérieure, tend à rentrer dans le ventricule. Enfin il est inutile de décrire la turgescence inflammatoire ou le retrait des valvules dû à une inflammation antécédente; car il est facile de se faire une idée suffisante de ces lésions.

Mais il est un autre état de l'orifice aortique qui mérite d'être mentionné. Ici l'insuffisance ne dépend pas de l'altération des valvules : elles sont mobiles, saines, et conservent leurs proportions normales; mais l'aorte se trouvant dilatée fortement, elles ne sont plus aptes à oblitérer complétement l'ouverture, et dès lors il y a insuffisance par dilatation de l'aorte. C'est M. A. Guyot qui le premier a attiré l'attention sur ce point.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

D'après ce qui a été dit plus haut, l'insuffisance des valvules, lorsqu'elle existe sans lésion concomitante d'un autre orifice, ne présente pas de grandes difficultés de diagnostic. Rappelons en peu de mots les signes qui viennent nous éclairer en pareil cas.

Bruit de souffle au second temps, quelquefois converti en murmure musical, roucoulement, etc., mais ordinairement ne donnant aucune sensation de rudesse; se produisant au niveau de la troisième côte, se continuant dans le trajet de l'aorte.

et souvent même dans les carotides et les axillaires. Pouls large, régulier, vif, rapide, très visible, surtout dans les membres supérieurs, lorsque le malade élève les bras ; suivant M. Henderson, intervalle notable entre le battement du cœur et la pulsation d'une artère éloignée ; enfin parfois flexuosités des artères sous-cutanées.

Voyons maintenant avec quelles affections on pourrait confondre celle qui donne lieu à de pareils signes. J'ai déjà montré plus haut que le *rétrécissement mitral* ne saurait être de ce nombre, quoique ce soit la maladie qui paraît avoir embarrassé le plus les auteurs, et en particulier M. Henderson. J'ai rappelé, en effet, que le rétrécissement mitral donnait lieu à un bruit de souffle *au premier* et non au second temps, comme les auteurs l'ont si singulièrement avancé. Il me suffira donc de rappeler ce diagnostic dans le tableau synoptique.

J'agirai de même, et pour le même motif, pour le *rétrécissement aortique*. Quant à l'*insuffisance des valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire*, je n'ai point à m'en occuper, puisqu'on ne trouve pas une seule observation convenablement recueillie qui fasse mention de cette lésion.

L'*insuffisance mitrale* et *tricuspide* donne lieu également à un bruit de souffle au premier temps, et, pour les mêmes raisons, ne peut être confondue avec l'insuffisance aortique.

On le voit donc, il n'y a point de lésion organique des orifices qui puisse être prise pour celle qui nous occupe. Dans les cas de complication, il existe, il est vrai, un mélange de bruits au premier et au second temps ; mais le dernier est toujours le signe pathognomonique de l'insuffisance, et l'autre sert à faire reconnaître la complication.

Restent donc les cas où il se produit des bruits de souffle sans lésion organique. Dans ces cas, en effet, on peut entendre, vers la base du cœur, un double bruit de souffle ; mais alors le second bruit anormal ne se produisant que dans les artères, puisque les valvules ferment exactement l'orifice aortique, il ne se prolonge pas vers la pointe du cœur, comme le fait le bruit anormal de l'insuffisance ; le second bruit normal n'est pas couvert à la base du cœur aussi exactement que dans le cas d'insuffisance ; enfin il y a toujours les signes généraux de la chlorose et de l'anémie qui viennent jeter leur jour sur le diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de l'insuffisance des valvules aortiques.*

Bruit anormal *au second temps.*

Couvrant le second bruit normal, qu'on peut néanmoins entendre encore dans toute sa pureté, au delà des limites de la région précordiale.

Ce bruit *se prolonge dans le trajet de l'aorte*, et souvent dans les carotides et les axillaires.

Pouls large, *visible* au cou et aux membres supérieurs, et dans ceux-ci principalement, lorsque le malade élève les bras.

Intervalle très marqué entre le battement du cœur et la pulsation d'une artère éloignée (Henderson).

2° *Signe distinctif de l'insuffisance aortique et du rétrécissement mitral.*

INSUFFISANCE AORTIQUE.	RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.
Bruit anormal *au second temps.*	Bruit anormal *au premier temps.*

3° *Signe distinctif de l'insuffisance et du rétrécissement aortique.*

INSUFFISANCE AORTIQUE.	RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE.
Bruit de souffle *au second temps.*	Bruit de souffle *au premier temps.*

4° *Signe distinctif de l'insuffisance aortique et de l'insuffisance mitrale et tricuspide.*

INSUFFISANCE AORTIQUE.	INSUFFISANCE MITRALE ET TRICUSPIDE.
Bruit anormal *au second temps.*	Bruit anormal *au premier temps.*

5° *Signes distinctifs de l'insuffisance aortique et des maladies qui donnent lieu aux bruits anormaux sans lésion organique.*

INSUFFISANCE AORTIQUE.	MALADIES SANS LÉSION ORGANIQUE.
Bruit de souffle *au second temps.*	Jamais bruit de souffle *au second temps seulement.*
Se prolongeant *vers la pointe du cœur.*	Lorsqu'il existe au second temps, *borné à l'étendue de l'aorte.*
Masquant le second bruit au niveau de la troisième côte.	Ne *masquant* que *médiocrement* le second bruit.
Point de signes généraux de chlorose et d'anémie.	*Signes généraux* de chlorose ou d'anémie.

§ VII. — Traitement.

La manière dont les auteurs ont exposé le traitement des maladies du cœur, et qui consiste à l'indiquer d'une manière générale, rend très difficile toute application à un cas particulier ; et comme, d'un autre côté, les observations sont presque toutes muettes sur ce point, qui est néanmoins le plus important de tous, il en résulte que nous n'avons que des données extrêmement vagues. Cependant, relativement à l'insuffisance des valvules, on a donné quelques préceptes qui ne s'appliquent qu'à cette maladie, et qu'il importe par conséquent de mentionner ici particulièrement. Je me bornerai à indiquer ces prescriptions particulières, renvoyant à l'article général du traitement des lésions des orifices ce que j'ai à dire des moyens qui s'appliquent, dans l'état actuel de la science, à toutes ces affections.

D'abord on admet généralement qu'il faut faire, dans l'insuffisance des valvules, un usage beaucoup plus modéré des *émissions sanguines* que dans toute autre maladie du cœur. MM. Corrigan, A. Guyot et Littré ont principalement insisté sur ce point. Cependant ces auteurs ont apporté eux-mêmes quelques restrictions à ce précepte. Ils ont reconnu que, dans les cas où l'on trouvait encore quelques signes de l'endocardite aiguë, dans ceux où il survenait une suffocation qui menaçait la vie, dans ceux où il existait des signes de pléthore, et enfin dans ceux où l'on observait des accidents graves, comme l'apoplexie pulmonaire, l'hémoptysie, il fallait recourir à la saignée, alors formellement indiquée. Mais toujours est-il que si l'on voulait d'une manière générale appliquer à l'insuffisance des valvules aortiques le traitement ordinaire des maladies du cœur, on s'exposerait à jeter les malades dans une débilitation funeste. Ainsi donc on ne devra avoir recours aux émissions sanguines que dans les cas d'absolue nécessité, et l'on devra en cesser l'emploi aussitôt que les accidents intercurrents se seront dissipés. C'est au médecin qu'il appartient

d'apprécier l'opportunité de la saignée, et d'en proportionner l'abondance aux diverses indications. Les *sangsues* à la région précordiale ou à l'anus, principalement lorsqu'il y a engorgement du foie ; les *ventouses scarifiées* sur les parois de la poitrine, seront également prescrites dans les cas d'urgence, mais seulement dans ces cas.

La *digitale*, dont on fait un si grand usage dans les maladies du cœur, est également proscrite par les auteurs que je viens de citer, excepté dans quelques cas rares, où les battements du cœur deviennent très violents et tumultueux. En un mot, ces auteurs rejettent tout les débilitants, afin de conserver au cœur assez d'énergie pour repousser dans les artères le sang qui tend à l'obstruer. Des accidents graves ont en effet montré dans plusieurs cas que la médication ordinaire pouvait avoir de très funestes effets.

Par les mêmes motifs, on a conseillé les *toniques*, tels que le *vin de quinquina* et les *ferrugineux*. Cependant il faudrait prendre garde aussi d'abuser de ces moyens, car il existe dans cette maladie un degré plus ou moins considérable d'hypertrophie, et en outre une irritabilité marquée de la membrane interne du cœur, que ces médicaments pourraient augmenter.

Il est inutile d'insister plus longuement sur ce traitement particulier de l'insuffisance des valvules aortiques, qui n'est fondé que sur les impressions générales des auteurs, et qui aurait besoin de recherches bien exactes et bien positives pour être décidément fixé. Je n'ajouterai point d'ordonnances particulières, car rien n'est plus facile que d'en faire d'applicables au cas dont il s'agit ; et quant aux autres moyens préconisés, comme ils sont, je le répète, communs aux diverses lésions organiques des orifices du cœur, je les exposerai dans l'article suivant.

ARTICLE XII.

DES ALTÉRATIONS DES VALVULES EN GÉNÉRAL.

J'ai dit plus haut que sous plusieurs rapports, et en particulier sous celui du traitement, les auteurs, vu sans doute la fréquence des complications et la nature presque toujours identique de la maladie, n'ont pas établi de distinctions suffisantes entre les diverses altérations des orifices du cœur. Il serait pourtant bien à désirer qu'il en fût ainsi ; car rien ne prouve d'une manière absolue qu'on ne pût arriver à des résultats fort utiles, et nous en avons déjà une preuve dans le traitement particulier de l'insuffisance des valvules aortiques. Mais, dans l'état actuel de la science, il serait impossible de suppléer au silence des auteurs, et après avoir présenté toutes les particularités qu'il m'a été possible de signaler, je dois envisager la question d'une manière un peu plus générale. Peut-être pensera-t-on qu'il eût mieux valu attendre, pour cette description, qu'on pût y faire entrer l'hypertrophie, qui est presque constante dans toutes ces maladies ; mais il y a dans les lésions des orifices, des circonstances indépendantes de l'hypertrophie elle-même, et qui méritent d'être considérées en particulier.

Nous avons vu que, pour les altérations des orifices quels qu'ils soient, il n'existe que deux *causes* bien démontrées, qui sont : les progrès de l'âge et une inflammation le plus ordinairement secondaire, survenue dans le cours d'une maladie fébrile.

L'insuffisance des valvules semble seule reconnaître quelques causes qui lui sont propres et qui ont été mentionnées plus haut.

Plusieurs *symptômes* varient suivant la forme de la lésion qu'affecte l'orifice et suivant l'orifice lui-même. Ces signes distinctifs, je les ai exposés, je n'y reviendrai pas. Mais il en est d'autres qui sont communs à toutes ces affections ; ce sont : la *gêne de la circulation ;* les *altérations du pouls ;* la *gêne de la respiration ;* le *malaise* éprouvé à la région précordiale, et l'*œdème* plus ou moins étendu qui survient à une certaine époque de la maladie. C'est surtout contre ces symptômes qu'est dirigé le traitement général des lésions des valvules proposé par les auteurs. Plus donc ces symptômes seront intenses, plus les moyens qui vont être indiqués devront être employés avec vigueur et persévérance.

Nous avons vu que ces diverses affections se compliquaient très fréquemment entre elles. C'est ainsi que le rétrécissement mitral s'accompagne d'insuffisance aortique ; que celle-ci existe assez souvent avec un rétrécissement de l'orifice même où on la rencontre ; que le rétrécissement aortique s'est montré, dans la moitié des cas au moins, avec un rétrécissement de l'orifice mitral, et enfin que les altérations des orifices du côté droit n'existent presque jamais sans qu'on en trouve de plus considérables encore dans les valvules du côté gauche. Dès lors on sent qu'il faut être attentif à explorer les divers points du cœur, et ne pas cesser l'exploration, lorsqu'on rencontre un certain nombre de signes physiques auxquels doivent correspondre des lésions suffisantes pour expliquer les principaux symptômes. On ne peut s'empêcher de reconnaître aussi qu'en pareil cas il n'est pas possible de donner des règles absolues pour le traitement, qui alors doit être nécessairement complexe.

La *marche* des affections des valvules est, en général, d'autant plus rapide, que le sujet qui les présente est plus jeune, et qu'elles occupent un plus grand nombre de points à la fois. Les circonstances particulières viennent néanmoins assez souvent faire varier cette règle. Quant à la *terminaison*, nous avons vu, à propos de chaque lésion en particulier, qu'on n'avait point encore trouvé le moyen d'arrêter définitivement dans leur marche ces maladies qui ont une tendance invincible à faire sans cesse des progrès. Dans quelques cas seulement leurs progrès ont paru retardés par les moyens mis en usage.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des *lésions anatomiques* à propos de chacune d'elles considérée séparément ; je ferai seulement remarquer que l'insuffisance des valvules aortiques est, de toutes ces altérations, celle qui présente les lésions les plus particulières.

Le *diagnostic* général des altérations des orifices du cœur se tire principalement de la présence des bruits anormaux, sur lesquels j'ai dû longuement insister ; cependant, et j'ai eu maintes fois occasion de le dire, il est des cas où des bruits anormaux très intenses existent sans aucune lésion des valvules. Lorsqu'il s'agira des bruits des artères, j'expliquerai comment ces phénomènes se produisent. Qu'il me suffise de dire ici que les états morbides qui donnent lieu à ces bruits anormaux, avec intégrité des valvules, ont des symptômes généraux et des causes qui leur sont propres, en sorte qu'en y joignant les signes différentiels exposés dans les articles précédents, on arrive sans peine à ce diagnostic, dont l'importance est majeure, puisque le traitement en dépend. Les affections du péricarde donnent éga-

lement lieu à des bruits anormaux qui pourraient être confondus avec ceux qui se passent dans l'intérieur du cœur. Mais c'est une question que je traiterai à l'occasion des maladies de cette enveloppe séreuse.

Traitement.

Tous les auteurs sont unanimes pour conseiller les *émissions sanguines ;* mais, comme l'a fait Hope, il faut avoir égard aux lésions accessoires et à l'état dans lequel se trouve le malade. C'est, en effet, à tort que Laënnec a recommandé d'une manière générale le traitement d'Albertini et de Valsalva, que j'exposerai dans l'article consacré à l'hypertrophie. Les saignées excessives ne peuvent point, dit Hope, faire disparaître les lésions valvulaires ; c'est donc réduire inutilement le malade à un état anémique, que de les pousser trop loin.

La *saignée* doit être employée plus hardiment dans les cas où il paraît exister encore quelques signes de l'état aigu, mais on doit s'en dispenser lorsque le malade est déjà anémique ; car alors à une maladie du cœur on joindrait à un degré plus haut un état morbide qui influe sur cet organe d'une manière fâcheuse. Si, comme le fait encore remarquer Hope, au lieu d'une hypertrophie active, il y a une dilatation considérable des cavités du cœur ; si les battements sont clairs, sans impulsion violente, on doit être sobre de la saignée, et, moins encore que dans le cas précédent, la pousser à l'excès ; car alors les conséquences en seraient plus fâcheuses.

Ajoutons à ces considérations, empruntées aux auteurs, que la *saignée* est plus avantageuse dans les cas de rétrécissement considérable que dans toute autre affection organique partielle, et rappelons que, d'un avis unanime, on regarde l'insuffisance aortique comme la moins propre à être traitée par la saignée. Le lieu où il convient de pratiquer une émission sanguine a quelque importance : c'est principalement le bras que l'on choisit, quoique assez souvent la douleur et la gêne qui se font sentir à la région précordiale engagent à appliquer sur ce point des *sangsues* ou des *ventouses scarifiées* dont l'effet est assez efficace, ainsi que j'ai eu occasion de m'en assurer maintes fois. Si l'on constatait l'existence d'une de ces congestions sanguines du foie, qui se font souvent remarquer dans les maladies du cœur, on appliquerait les sangsues à l'anus, afin d'opérer le dégorgement ; toutefois je dois dire que ce fait n'a pas fixé l'attention des auteurs : bien qu'il soit important, ils n'en font pas mention dans les observations. Au reste, nous voyons que dans cette appréciation des émissions sanguines il n'y a rien de précis et de positif : réflexion qui s'applique également aux autres moyens qui nous restent à examiner.

Après les saignées, les *diurétiques* constituent le moyen le plus généralement employé. La facilité avec laquelle se produit l'œdème dans ces affections a dû naturellement conduire à cette médication, et c'est aussi dans les cas où cet œdème est considérable qu'il faut principalement y insister. Mais, parmi les diurétiques, il en est qui doivent être plus particulièrement choisis suivant les cas. La *digitale*, si fréquemment mise en usage, est surtout administrée lorsqu'avec un rétrécissement il existe une hypertrophie active des parois du cœur, et que les battements sont violents, rapides, tumultueux. Voici une formule conseillée par Hope, dans laquelle le *mercure* et la *scille* trouvent aussi leur place :

℞ Pilules bleues......... 0,15 gram.	Poudre de digitale. 0,03 ou 0,05 gram.
Poudre de scille....... 0,05 gram.	

F. s. a. une pilule. A prendre trois ou quatre fois par jour.

On peut employer la digitale seule, en la donnant en teinture éthérée à la dose de 8 à 20 gouttes progressivement, ou bien en poudre à la dose de 0,15 à 0,40 grammes par jour, à prendre en trois ou quatre fois dans une cuillerée de tisane.

Le même motif qui a engagé les auteurs à modérer l'emploi des saignées dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques, les a empêchés d'user largement de la digitale. Ils ont vu qu'en affaiblissant l'action du cœur, ils rendaient la circulation plus difficile, et jetaient le malade dans un état plus grave. Si l'on soupçonnait l'existence d'une dilatation des parois avec amincissement, on devrait, pour les mêmes motifs, se tenir dans la même réserve.

Le *bitartrate de potasse* a été employé, et souvent à forte dose. Hope assure en avoir vu de très remarquables effets dans les cas d'œdème, surtout lorsqu'on le donnait à une dose élevée, comme 15 grammes deux ou trois fois par jour, dans 500 grammes de tisane.

Les diurétiques salins à haute dose, tels que Laënnec les employait dans la pleurésie, peuvent aussi être mis en usage. Enfin on a employé la *teinture de cantharides*, mais sans qu'il soit possible d'indiquer d'une manière positive quels en ont été les résultats. Ces diurétiques, dont nous retrouverons la prescription dans les autres maladies du cœur, n'ont aucun effet qui leur soit propre dans les cas de rétrécissement, et, comme la digitale, ils doivent être employés avec modération dans les cas d'insuffisance.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *purgatifs* qui ont été administrés dans le même but que les diurétiques. Ce sont surtout les drastiques que l'on met en usage : le *jalap*, la *gomme-gutte*, l'*elaterium*, l'*aloès*. L'elaterium, suivant Hope, produit quelquefois des effets véritablement étonnants ; mais il faut le donner avec beaucoup de précaution, ne commencer que par de faibles doses, et en outre ne l'administrer qu'aux sujets encore vigoureux. Voici la formule recommandée par cet auteur :

℞ Poudre de capsicum annuum. 0,40 gram.	Calomel.................. 0,20 gram.
Elaterium................ 0,03 gram.	

F. s. a. 4 pilules, dont on prendra une par jour.

Il suffit, suivant Hope, d'une seule pilule pour produire cinq ou six selles liquides. Il faut administrer ce médicament deux ou trois jours de suite, le matin, puis laisser reposer le malade. L'elaterium peut être néanmoins porté à 0,05 et à 0,010 grammes ; mais il faut en élever la dose avec beaucoup de ménagement, ne doublant la dose primitive qu'au bout de sept ou huit jours de prescription.

Un lavement purgatif qui, suivant cet auteur, a de très bons effets, est le suivant :

℞ Infusion de séné........... 200 gram.	Tartrate ou acétate de potasse. 2 à 16 gram.
Teinture de jalap.......... 4 gram.	

Ce n'est pas seulement dans les cas d'œdème qu'on a administré les purgatifs ; on les a aussi prescrits dans le but de diminuer les forces générales, lorsque les battements du cœur étaient trop violents, ou dans celui d'opérer une révulsion sur

le tube intestinal, lorsque la dyspnée devenait trop intense, ou enfin uniquement pour procurer la liberté du ventre et pour remédier à des accidents intestinaux.

Il est inutile d'ajouter que l'insuffisance des valvules aortiques ne comporte pas, dans la majorité des cas, de semblables moyens.

Les *vomitifs* ont été mis en usage dans des circonstances à peu près semblables à celles où les purgatifs ont été prescrits. Suivant Hope, qui s'est plus spécialement occupé que tout autre du traitement des altérations valvulaires, ces médicaments sont extrêmement avantageux ou ont de très grands inconvénients, selon qu'ils sont appliqués ou non avec discernement. Mais il ne cite point de faits qui viennent à l'appui de cette assertion, et l'extrême danger des émétiques n'est pas plus prouvé que leur extrême efficacité.

Tantôt on donne ces substances pour produire un effet vomitif, tantôt comme simples expectorants. C'est surtout dans les cas où il y a une violente dyspnée et des signes d'un rétrécissement considérable qu'on les emploie sous cette dernière forme. Il est inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet, car les vomitifs employés ne présentent rien de particulier : ce sont presque toujours le *tartre stibié* et l'*ipécacuanha.*

D'autres expectorants ont été également prescrits. Le docteur Bree employait principalement, dans les cas où il existait une violente dyspnée, la potion suivante :

℞ Teinture de scille........	10 gouttes.	Extrait de jusquiame...	0,15 gram.
Acide nitrique.........	6 gouttes.	Eau pure............	45 gram.

A prendre par cuillerées.

Ce médicament agit en même temps comme expectorant par la scille, et comme calmant par l'extrait de jusquiame. Quant à l'acide nitrique, il paraît avoir été prescrit comme excitant, parce que le docteur Bree attribue dans ces cas l'asthme à un œdème des poumons. Il serait aisé de montrer combien cette manière de voir est hypothétique.

Lorsque la maladie est passée entièrement à l'état chronique, quelques auteurs, et en particulier Hope, ont préconisé les *révulsifs* appliqués à la région précordiale, tels que les *vésicatoires*, les *sétons*, les *cautères*, les *frictions irritantes ;* mais rien ne prouve l'efficacité de ces moyens, qui néanmoins peuvent avoir quelques résultats utiles en faisant disparaître des accidents locaux, tels que le malaise à la région précordiale et la douleur locale.

Les autres remèdes proposés sont dirigés contre des accidents secondaires : ainsi les *antispasmodiques* contre la dyspnée convulsive ; les *calmants* dans les mêmes circonstances ; les *toniques*, et surtout les *ferrugineux*, quand le malade est dans une grande faiblesse et que l'altération des valvules s'accompagne de dilatation plutôt que d'une hypertrophie active. Mais ces moyens ne doivent pas nous arrêter ici, attendu qu'ils sont communs à toutes les maladies du cœur, et que nous aurons occasion d'y revenir plus loin.

Les *boissons* doivent être abondantes, émollientes ou légèrement diurétiques. La décoction d'orge, l'infusion de chiendent avec addition d'une certaine quantité de nitre, remplissent très bien ces indications. Dans les cas où il y a quelques troubles nerveux, les tisanes doivent être légèrement antispasmodiques, et l'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger est généralement prescrite.

Le *régime* est, dans toutes les affections du cœur, très important à considérer. En général, il doit être sévère, composé d'aliments légers et en petite quantité. Le *régime lacté* peut avoir de grands avantages ; il est surtout important de s'abstenir de liqueurs fortes, de toute substance excitante qui, passant rapidement dans le torrent de la circulation, vient irriter violemment le cœur. Cependant il est des cas, et je les ai mentionnés à propos du traitement, où l'on doit se relâcher beaucoup de cette sévérité : ce sont ceux où existe la faiblesse dont j'ai déjà parlé, et ceux où il y a une insuffisance manifeste. Alors un régime nourrissant, quoique modéré, est nécessaire.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ALTÉRATIONS DES ORIFICES DU COEUR.

Éviter toute fatigue excessive, et toutes les causes qui pourraient donner lieu aux maladies fébriles, au rhumatisme articulaire principalement.

Éviter également autant que possible les émotions fortes.

S'abstenir de tout effort violent, de mouvements trop brusques, comme la course, l'action de sauter, de soulever un fardeau trop lourd, etc.

Ne point porter de vêtements trop serrés, et qui puissent gêner la circulation.

Éviter les excès de tout genre.

Résumé ; ordonnances. Nous avons vu que de la manière dont les maladies du cœur ont été étudiées jusqu'à présent, il est impossible de formuler des préceptes bien rigoureux pour le traitement des maladies de l'endocarde. Aucun relevé de faits convenablement interprétés n'est encore venu nous éclairer sur ce point qui appelle l'attention des observateurs, car il est plus que probable que si l'on ne peut pas parvenir à obtenir la guérison de ces affections organiques, on arrivera du moins à déterminer les moyens par lesquels on pourra prolonger notablement l'existence. Exposons, dans quelques ordonnances, la conduite à suivre dans les principaux cas.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU IL EXISTE ENCORE DES SYMPTOMES DE MALADIE AIGUE.

1° Pour boisson, légère décoction de chiendent avec addition de nitrate de potasse : 0,40 à 0,60 grammes par 500 grammes de liquide.

2° Saignées du bras, plus ou moins répétées suivant la force du sujet, mais toujours pratiquées avec assez de hardiesse.

3° Ventouses scarifiées, sangsues à la région du cœur, dans les cas de douleur locale.

4° ℞ Infusion de tilleul...... 120 gram.
Poudre de digitale. 0,10 à 0,20 gram.
Sirop de fleurs d'oranger.. 35 gram.

A prendre par cuillerées, dans les vingt-quatre heures.

On peut remplacer la poudre de digitale par huit à quinze gouttes de teinture éthérée.

5° Régime léger, nourriture peu abondante, abstinence absolue de toute liqueur forte.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'AFFECTION CHRONIQUE SANS ŒDÈME ET AVEC HYPERTROPHIE ACTIVE.

1° Même tisane.

2° Saignées, ventouses scarifiées, sangsues employées avec plus de hardiesse encore, mais sans excès.

3° Digitale *ut suprà*, en augmentant graduellement la dose.

4° Révulsifs à la région du cœur, vésicatoires, sétons, frictions irritantes.

5° Régime plus sévère encore que le précédent.

IIIe Ordonnance.

AFFECTION DES VALVULES AVEC PRODUCTION D'ŒDÈME OU D'ASCITE.

1° Pour tisane :

℞ Décoction de chiendent....	500 gram.	Bitartrate de potasse.......	15 gram.

Suffisamment édulcorée. A prendre dans la journée.

2° Saignées modérées, sangsues à l'anus, dans les cas où il y aurait un engorgement sanguin du foie.

3° Purgatifs :

℞ Jalap...............	0,10 gram.	Aloès................	0,05 gram.
Gomme gutte.........	0,05 gram.		

Faites une pilule, dont on prendra de une à trois par jour, suivant la nécessité; ou bien employer l'elaterium suivant la formule de Hope (*voy*. p. 662).

4° Dans les cas où l'ascite serait considérable, employer la paracentèse abdominale.

IVe Ordonnance.

DANS UN CAS COMPLIQUÉ D'ANÉMIE, DANS UNE DILATATION CONSIDÉRABLE DU CŒUR, OU. DANS UNE INSUFFISANCE DES VALVULES.

1° Pour tisane, infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Peu ou point de saignées.

3° Légers toniques ; vin de quinquina à la dose de 30 à 60 grammes par jour ; ferrugineux à dose modérée ; 8 à 12 pilules de Blaud par jour, en commençant par deux pilules, et élevant graduellement la dose.

4° Régime médiocrement abondant, mais fortifiant et nourrissant.

Tel est ce traitement, qui demande encore de nombreuses recherches, et sur lequel j'aurai à revenir, car un bon nombre de ces moyens a été appliqué aux autres maladies du cœur.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; diurétiques ; purgatifs ; vomitifs ; expectorants ; révulsifs ; moyens contre les accidents secondaires (antispasmodiques, calmants, toniques, ferrugineux).

ARTICLE XIII.

CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR.

Les diverses concrétions que l'on trouve si fréquemment dans les cavités du cœur ont, dès les premiers temps de l'anatomie pathologique, attiré fortement l'attention des observateurs et donné lieu à de longues discussions. D'abord on a émis des opinions diverses sur la nature même de ces corps, quelquefois très considérables, qui obstruent les orifices, remplissent les cavités, et parfois se prolongent dans les gros vaisseaux. Bartholet et Pissinus donnèrent à ces concrétions le nom de *polypes*, parce qu'elles leur parurent semblables aux polypes trouvés dans l'utérus et dans les fosses nasales. Mais, bientôt après, d'autres auteurs, et en particulier Kerkring (1), ayant fait naître de simples concrétions sanguines à l'aide d'un acide injecté dans les veines des chiens vivants, il fut démontré que très souvent ces concrétions étaient dues à la simple coagulation du sang. Néanmoins un grand nombre de médecins, parmi lesquels il faut compter Malpighi, Peyer et Fr. Hoffmann, persistèrent à admettre l'existence de polypes nés pendant la vie sur la membrane interne du cœur, et donnant lieu à des symptômes graves. Ces opinions diverses furent ensuite tour à tour soutenues par les auteurs les plus distingués, et qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Aujourd'hui que l'anatomie pathologique nous a donné la description d'un grand nombre de ces concrétions polypiformes, nous devons reconnaître que l'une et l'autre des deux opinons précédemment citées sont trop exclusives ; et voici ce que nous apprend l'observation moderne :

Il y a un très grand nombre de concrétions polypiformes qui sont dues à la coagulation du sang, soit après la mort, soit dans les derniers moments de l'existence. D'autres se sont formées pendant la vie; elles ont contracté des adhérences avec les parois du cœur, se sont organisées, et ont formé non pas des polypes semblables à ceux des fosses nasales et de l'utérus qui sont des tumeurs produites dans la substance même de l'organe où elles sont attachées, mais un tissu accidentel qui s'est accolé à la surface interne du cœur, et a fini par contracter avec elle des liaisons organiques. Enfin, dans l'inflammation de l'endocarde, il se produit parfois, et j'en ai cité plus haut des exemples, des concrétions pseudo-membraneuses, et ces concrétions ont été également prises par les anciens auteurs pour des polypes. En distinguant ainsi ces divers corps entre eux, on lève tous les doutes.

Après ces considérations préliminaires, je ne crois pas devoir entrer dans une discussion plus étendue, et je vais, dans une courte description, faire connaître ce que nous savons de plus positif sur les deux premières espèces de concrétions dont je viens de parler, car la dernière, étant de nature inflammatoire, est toute différente, et a trouvé sa place dans la description de l'endocardite.

Ce qui distingue principalement les deux espèces de polypes du cœur dont j'ai à m'occuper, c'est leur adhérence ou leur non-adhérence ; ce caractère, en effet, sur lequel Corvisart et Laënnec ont longuement insisté, sert principalement à faire reconnaître leur date ancienne ou récente. Commençons par les concrétions polypiformes non adhérentes.

(1) *Spicilegium anatomicum* ; Amstel., 1670.

§ I. — Concrétions polypiformes non adhérentes.

Les concrétions polypiformes non adhérentes sont extrêmement fréquentes. Suivant Laënnec, on les trouve au moins sur les trois quarts des cadavres dont on fait l'ouverture. M. Bouillaud a remarqué que c'était principalement dans les cavités droites du cœur qu'on les rencontrait. Parmi les cas cités par cet auteur, le plus grand nombre a été observé dans des maladies fébriles et principalement dans la pneumonie. MM. Legroux et Fournet en ont vu des exemples remarquables dans des cas de fièvre typhoïde. Enfin le rhumatisme articulaire, lorsqu'il occasionne la mort, laisse presque toujours dans le cœur des concrétions polypiformes remarquables. Il en résulte que c'est principalement dans les affections donnant lieu à un mouvement fébrile intense que se produisent ces concrétions polypiformes.

Mais quelle est leur *cause déterminante?* Les auteurs à ce sujet ne s'expliquent pas d'une manière formelle; cependant MM. Legroux et Bouillaud semblent accorder à l'inflammation de la membrane interne du cœur une assez grande part dans cette production. Mais rien ne prouve l'exactitude de cette manière de voir, car les concrétions polypiformes sont produites aussi bien dans les cas d'affection fébrile sans endocardite, que dans ceux où cette dernière affection se manifeste, et de plus, M. Bouillaud a, comme nous l'avons dit, constaté leur plus grande fréquence dans les cavités droites, où, de l'avis de tout le monde, l'inflammation est beaucoup moins fréquente qu'à gauche. Nous devons donc admettre que c'est uniquement sous l'influence de cet état du sang qui produit, dans le rhumatisme et la pneumonie, la couenne épaisse de la saignée, que, par un effet semblable, le sang se coagule dans les cavités du cœur et particulièrement dans celles où, vers la fin de l'existence, la circulation est plus difficile. M. le docteur Armand (1) a observé à Lyon, du mois de décembre 1840 au mois de février 1841, un nombre considérable de concrétions polypiformes du cœur, dont la plupart se sont terminées par une mort très prompte, avec douleur précordiale, anxiété, dyspnée considérable, mouvements tumultueux du cœur, lividité de la face. Des faits semblables s'étant montrés à Nantes, M. Armand a admis l'existence d'une véritable *épidémie*. Il faudrait, pour adopter cette conclusion, que ce fait se reproduisît plus d'une fois.

Existe-t-il des *symptômes* propres à ces concrétions sanguines? M. Bouillaud a cherché à leur en assigner; mais il résulte des observations qu'il a présentées, qu'excepté une *plus ou moins grande diminution dans l'intensité des mouvements du cœur* et *l'étouffement de leurs bruits*, il n'y a aucun symptôme un peu constant qui puisse faire reconnaître leur présence, et comme ce n'est que dans les derniers jours de l'existence et dans des cas d'affections graves que ces signes ont été recherchés, on se demande s'ils sont entièrement dus à la présence des concrétions polypiformes, ou s'ils ne sont pas un des phénomènes de l'agonie.

L'*anxiété*, le *malaise à la région précordiale*, la *gêne de la respiration*, la *coloration de la face*, la *faiblesse du pouls*, *les lipothymies* qu'on a donnés comme des symptômes de cette coagulation du sang dans le cœur, ne sont mentionnés que dans un très petit nombre d'observations, et peuvent être le résultat

(1) *Th. Montp.*; 1844.

de la maladie principale. En un mot, s'il y a des signes propres à ces concrétions, leur existence est encore à démontrer. Disons seulement que M. le docteur Ménard (1) a rapporté des cas fort intéressants de mort presque subite à la suite de *convulsions* et de symptômes d'*asphyxie*, chez des enfants chez lesquels on n'a trouvé pour expliquer la mort que des *concrétions* fibrineuses du cœur.

Il suit de là que je ne dois pas m'appesantir davantage sur cette description, et qu'il me suffira de dire en quelques mots comment se présentent les concrétions sanguines. Souvent on trouve dans les cavités du cœur de simples caillots noirs, mous, très faciles à écraser, et qui sont évidemment l'effet d'une coagulation après la mort; ceux-là ne doivent pas nous occuper. J'ai dû toutefois les mentionner, parce que l'on voit assez fréquemment ces caillots présenter dans une partie de leur étendue quelques portions transparentes, élastiques, comme gélatineuses, et semblables à la couennne du sang de la saignée; alors on peut penser que la coagulation ayant eu lieu peu de temps avant la mort, tendait à passer à l'état couenneux, comme celles dont je vais parler.

Celles-ci, souvent d'une étendue considérable, remplissant quelquefois toute une cavité et se prolongeant à travers les orifices, sont gélatiniformes, se laissent beaucoup plus difficilement diviser, et quelquefois sont tellement intriquées dans les tendons des ventricules, qu'on a de la peine à les en séparer. Il faudrait ne pas prendre cette intrication pour une adhérence, car nous allons voir plus loin combien une adhérence réelle donne de nouveaux caractères aux concrétions polypiformes.

Ce sont ces coagulums transparents, élastiques, gélatiniformes, qui ont été regardés comme donnant lieu pendant la vie à des symptômes très graves, et entraînant quelquefois très brusquement la mort. Il me paraît difficile de ne pas admettre que ces concrétions se soient, en effet, formées pendant la vie. Tous les auteurs, depuis Corvisart, sont de cette opinion; mais, je le répète, il n'en est pas moins certain que les signes qu'on leur a attribués n'ont pas jusqu'à présent de valeur bien réelle, vu l'insuffisance des faits.

Quant à la gravité de ces productions, est-elle mieux démontrée? Sans doute leur présence doit gêner la circulation; mais au moment où elles se forment, la maladie principale est déjà parvenue au terme fatal; car, ainsi que je l'ai dit plus haut, tout s'accorde pour nous les faire considérer comme le résultat de l'agonie. On conçoit, en effet, très bien que la coagulation du sang, favorisée par la nature de la maladie, a lieu d'autant plus facilement que l'agonie a déprimé toutes les fonctions tant animales qu'organiques.

On n'a point proposé de *traitement* contre ces productions morbides, et en fût-il autrement, on conçoit bien que je ne m'y arrêterais pas, puisque pour moi la production des caillots polypiformes est le résultat de l'état très grave dans lequel se trouve le malade et non la cause de cet état lui-même.

§ II. — Concrétions polypiformes adhérentes.

Les concrétions de cette espèce sont de toute évidence produites pendant la vie; leur adhérence, et j'entends par ces mots la fusion de leur base ou de leur

(1) *Gaz. méd. de Montp.*, février 1845.

pédicule avec la membrane interne du cœur, ne peut laisser aucun doute à cet égard. Depuis que les anatomo-pathologistes se sont occupés de ce sujet, on en a cité des cas remarquables. Senac, Borsieri, Kreysig, Corvisart, Laënnec, plus récemment M. Legroux (1) et M. Bouillaud (2), en présentent d'assez nombreux exemples dans leurs ouvrages.

En pareil cas, comment ces concrétions sanguines se sont-elles formées? Suivant les auteurs, elles se produisent de deux manières : tantôt, une inflammation partielle de la surface interne du cœur donne lieu à une agglomération des molécules sanguines qui produit un caillot, lequel, à la manière des fausses membranes qui revêtent les séreuses, finit par adhérer fortement et par s'organiser; tantôt, et Laënnec en a cité des exemples, une concrétion polypiforme contracte, par suite d'un contact prolongé, des adhérences semblables, et s'organise également.

Les *symptômes* auxquels, suivant les auteurs, et d'après les observations qu'ils ont rapportées, ces concrétions ont donné lieu pendant la vie, sont une *oppression considérable*, une *vive anxiété*, parfois des *lipothymies;* la *force*, l'*étendue*, l'*irrégularité des battements du cœur;* les *congestions veineuses;* la *petitesse du pouls;* le *refroidissement des extrémités*, et, suivant M. Bouillaud, un *bruit de souffle*, tantôt simple, tantôt sibilant. Il est vrai qu'on trouve dans les observations citées les symptômes qui viennent d'être indiqués; mais, outre qu'ils ne sont pas constants, il y a dans la maladie principale des raisons souvent suffisantes pour expliquer ces accidents; aussi, sans vouloir dire que ces signes n'appartiennent pas aux concrétions polypiformes du cœur, je dois faire remarquer que l'observation n'a pas mis leur importance suffisamment hors de doute, et qu'il reste encore beaucoup à faire sur ce point.

Dans leurs observations, plusieurs auteurs ont fait remonter à une époque assez éloignée la formation des concrétions polypiformes; mais les signes qu'ils ont donnés du début sont trop vagues pour qu'on puisse leur accorder une entière confiance.

Les concrétions polypiformes de cette espèce présentent quelquefois des dimensions énormes. J'ai sous les yeux plusieurs observations où toute une oreillette, et quelquefois en même temps tout un ventricule se trouvaient remplis par un corps de cette nature, avec des prolongements dans les vaisseaux; mais il n'est pas exactement prouvé que, dans ces cas, l'adhérence du caillot dans un point fût bien réelle, et l'on serait plutôt autorisé à les ranger dans la première catégorie. D'autres fois, au contraire, ces concrétions, d'une médiocre étendue, siégent aux environs d'un des orifices sur lesquels elles peuvent parfois s'abaisser, constituant alors ces végétations mobiles dont parle Corvisart. Elles adhèrent d'une manière évidente par un pédicule plus ou moins large, de telle sorte qu'on ne peut les arracher en laissant intacte la membrane interne du cœur. En pareil cas, on voit quelquefois dans le tissu de nouvelle formation des traînées vasculaires. M. Massimiliano Rigacci en cite un exemple (3), et M. Vernois a fait voir à la Société anatomique des injections qui avaient pénétré jusque dans ces productions morbides.

Quelquefois ces concrétions polypiformes sont comme infiltrées de sérosité, et

(1) *Recherches sur les concrét. sanguines dites polypiformes, développées pendant la vie*; Paris, 1827.

(2) *Traité cliniq. des malad. du cœur*; Paris, 1845, 2 vol. in-8.

(3) *Anthologia*, février 1828.

quelquefois aussi elles contiennent une matière purulente qui, suivant M. Bouillaud, pourrait avoir été sécrétée par elles après leur organisation. On conçoit qu'alors elles puissent prendre une couleur particulière, jaune ou rosée, une dureté plus considérable, et être prises, comme elles l'ont été, en effet, par quelques auteurs, pour des polypes sarcomateux (1).

D'après ce que j'ai dit plus haut du peu de constance des signes et des symptômes généraux, il est certain que le *diagnostic* est environné de la plus grande obscurité. Quant aux effets produits par la présence de ces corps de nouvelle formation, on est naturellement porté à admettre qu'ils doivent être graves, puisqu'ils peuvent évidemment, dans certaines positions, apporter un grand obstacle à la circulation. C'est là une nouvelle cause de maladies organiques du cœur, d'obstruction des orifices, et par suite de dilatation et d'hypertrophie qui finissent par causer la mort.

Que dire du *traitement* des concrétions polypiformes? C'est un sujet trop obscur pour qu'on puisse s'exprimer avec précision, même à l'égard des moyens palliatifs. Les *émissions sanguines* constituent le principal moyen recommandé par M. Bouillaud, et M. Legroux ayant égard à la tendance qu'a le sang à se coaguler, a pensé qu'il serait utile d'administrer les *sels de potasse et de soude* comme dissolvants du sang. Ces moyens ne pourraient être véritablement utiles que dans les cas où il ne se serait pas formé une adhérence organique; car, s'il en était ainsi, il ne s'agirait plus de faire dissoudre un caillot, mais bien de faire fondre un tissu nouveau.

Je n'insiste pas davantage sur des lésions que le praticien doit connaître, afin de ne pas les confondre avec d'autres, mais qui n'ont pas pour lui de plus grand intérêt.

CHAPITRE III.

MALADIES DU TISSU PROPRE DU COEUR.

Les maladies du tissu propre du cœur sont généralement mal connues. Si l'on en excepte l'hypertrophie, elles n'ont fixé que d'une manière secondaire l'attention des médecins, ce dont il ne faut pas s'étonner; car, à cette exception près, ces affections sont rares, ont des symptômes obscurs, ou sont entièrement au-dessus des ressources de l'art. Pour ces motifs, je glisserai rapidement sur plusieurs d'entre elles. Il en est même quelques unes qui, bien qu'admises par la plupart des auteurs, ne seront présentées dans ce chapitre que comme de simples lésions anatomiques appartenant à une autre affection. De ce nombre sont le ramollissement inflammatoire du cœur, et les abcès, qui n'ont point de symptômes

(1) Dans des cas très rares, il peut exister des polypes entièrement charnus. On en trouve un exemple dans le recueil de M. Pigné (*Ann. de l'anat. et de la phys. path.*). Quelle est l'origine de cette production? c'est ce qu'il est impossible de dire. On sent qu'avec si peu d'éléments, il serait inutile de la rechercher. Dans le cas que je viens de citer, il y avait des symptômes d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

propres, ou qui n'en ont que de très vagues, et qui ne sont autre chose, en réalité, que des résultats de la cardite.

ARTICLE I.

APOPLEXIE DU COEUR.

Je ne dirai que très peu de mots de cette lésion fort rare, et que nous ne connaissons guère que sous le rapport de l'anatomie pathologique. Déjà, dans quelques cas consignés dans les divers recueils, on avait signalé l'infiltration de sang dans le tissu du cœur, et Kreysig en a parlé dans son ouvrage. M. Cruveilhier (1) a décrit un *ramollissement apoplectiforme* que l'on peut comparer à l'apoplexie capillaire du cerveau. J'ai trouvé, dans les ouvrages de Hope et de M. Gendrin, deux cas d'apoplexie du cœur, et les auteurs du *Compendium* en ont cité un qu'ils ont observé chez un sujet affecté de variole. Dans un cas de *purpura hemorrhagica* qui fut présenté à la Société anatomique, il existait également des foyers apoplectiques dans les parois du cœur. Ces divers faits n'ont été étudiés, je le répète, que sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

Ordinairement le sang est réuni en petits foyers, qui constituent des épanchements disséminés, et qui écartent les fibres musculaires. Cette lésion n'a jamais été observée à l'état de simplicité; on l'a toujours vue coïncider avec un ramollissement plus ou moins avancé du cœur, et c'est ce qui lui a fait donner par M. Cruveilhier le nom de *ramollissement apoplectiforme*. Nous n'avons aucun signe particulier qu'on puisse rapporter à cette lésion, et par conséquent il serait inutile d'y insister plus longtemps.

ARTICLE II.

CARDITE.

La cardite est, de l'aveu de tous les auteurs qui se sont le plus occupés des maladies du cœur, une des moins connues. Il est rare, ainsi que le fait remarquer M. Bouillaud, de la trouver à l'état de simplicité; car, pour lui, il ne l'a jamais rencontrée qu'avec la péricardite ou l'endocardite; aussi lui paraît-il impossible, ainsi qu'à Corvisart et à Laënnec, de la diagnostiquer. Il en est de même, ajoute-t-il, des abcès, des ulcérations et des dilatations partielles auxquelles elle donne lieu.

J'ai pris, dans les divers auteurs, dix-huit observations propres à éclairer les diverses questions qui se rattachent à la cardite, et je vais rapidement les passer en revue. Je mets de côté les ramollissements observés dans le cours des maladies fébriles, et principalement de la fièvre typhoïde, car les recherches de M. Louis (2) ont prouvé que l'inflammation leur était entièrement étrangère, et, n'en fût-il pas ainsi, on ne devrait les considérer que comme des lésions secondaires, importantes à noter dans l'histoire de la maladie où elles se produisent, mais non dans celle-ci,

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, XXIIe livraison, in-folio, avec planches.
(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde*; Paris, 1841, 2e édit., t. Ier, p. 299.

où nous étudions la cardite comme une maladie particulière. On pourra consulter aussi un mémoire intéressant de M. le docteur David Craigie (1) qui, à l'aide d'observations qu'il a réunies, a fait l'histoire de l'inflammation et de la suppuration du cœur.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

La cardite est l'inflammation du tissu propre du cœur. On l'a désignée tantôt sous le nom de *cardite* et d'*inflammation du tissu musculaire du cœur*, et tantôt sous ceux de *ramollissement*, *ulcérations*, *abcès*, lésions qui sont les effets de la maladie.

Cette affection est assez *rare;* on n'en trouve, en effet, dans les auteurs, qu'un nombre peu considérable de cas, et encore plusieurs d'entre eux laissent-ils des doutes dans l'esprit des lecteurs.

§ II. — Causes.

Les *causes* de la cardite sont très difficiles à indiquer, car, en général, les auteurs ne les ont pas recherchées avec soin. Dans les observations que j'ai sous les yeux, on voit que fréquemment cette affection survient dans le cours d'une autre maladie, soit du cœur, soit des autres organes. Les maladies fébriles, et en particulier le *rhumatisme articulaire*, sont le plus souvent signalées; mais y a-t-il dans ces cas autre chose qu'une simple coïncidence? Dans un cas, il existait une phlébite.

Sur les 18 cas que j'ai rassemblés, 13 ont été observés chez des hommes, et 5 seulement chez des femmes. Quant à l'âge, excepté 6 sujets qui avaient de douze à vingt-cinq ans, tous les autres avaient dépassé l'âge de trente ans, et la majorité celui de cinquante. M. le docteur Chanu (2) rapporte un cas d'*abcès du cœur*, observé chez un enfant de treize ans. La maladie de cet enfant était si complexe, qu'on ne peut démêler ce qui appartenait, dans les symptômes, à la maladie du cœur. Ces chiffres pourront servir à une statistique plus complète.

§ III. — Symptômes.

Début. Le *début* de la maladie a eu lieu, dans la plupart des cas, d'une manière sourde, ou du moins non indiquée par les auteurs. Mais dans trois cas il a été remarquable en ce que, les sujets paraissant être dans un état de santé assez satisfaisant, l'affection s'est produite dans des circonstances imprévues et subites. Dans l'un d'eux cité par Hope (3), un homme ayant été sur le point de se noyer, fut pris, immédiatement après cet accident, de symptômes de maladie du cœur qui ne le quittèrent plus, et qui, après la mort, laissèrent un ramollissement très considérable. On pourrait, il est vrai, se demander si le ramollissement était véritablement inflammatoire; mais dans deux autres cas où la maladie paraît avoir débuté au milieu d'une très vive émotion, on ne peut avoir aucun doute à cet égard, puisqu'il existait dans le tissu du cœur des foyers purulents.

Symptômes. La maladie étant déclarée, quels sont les signes qu'elle présente? On n'a noté la *douleur* que dans cinq cas seulement, dans deux desquels elle pa-

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*; 1848.
(2) *The Lancet*, mai 1846.
(3) *Loc. cit.*, pag. 341.

vait être exclusivement rapportée à la maladie du cœur ; car il n'existait dans la poitrine aucune autre lésion qui pût lui donner lieu. Dans tous ces cas, elle avait son siége à la région précordiale ; elle était vive ou consistait en un simple malaise et en une constriction difficile à supporter.

La *matité* n'a pas attiré l'attention des auteurs ; dans deux cas où elle est mentionnée seulement, elle était étendue. Toutes les fois qu'on a observé l'*impulsion*, on l'a trouvée faible, parfois imperceptible ; et en même temps les *battements du cœur* étaient tumultueux, faibles, et même indistincts.

Les *bruits*, dans le petit nombre de cas où ils ont été notés, n'ont présenté rien de bien remarquable. Cependant Hope a insisté sur la *brièveté du premier bruit* converti en un simple claquement comme le second : signe qu'il donne comme appartenant au ramollissement du cœur. Dans un cas, les bruits étaient si faibles, qu'on pouvait à peine les distinguer. On n'a signalé aucun bruit anormal.

La *faiblesse de la circulation* est quelquefois si grande qu'elle donne lieu à des *lipothymies*, et, chez un sujet, c'est par une syncope que la maladie a débuté. Ce symptôme n'a été observé que deux fois ; le *pouls*, toutes les fois qu'il a été examiné, et il l'a été dans la plupart des cas, a été remarquable par sa faiblesse, son irrégularité, ses intermittences. Dans un seul cas cité par Corvisart, il était régulier, quoique petit et faible. Quant à la fréquence, elle n'était point considérable dans le petit nombre de cas où elle a été mentionnée, puisqu'elle ne s'élevait pas au-dessus de quatre-vingts pulsations. Hope a en outre remarqué que, dans cette affection, le *pouls ne coïncide pas avec les battements du cœur*, et cela d'une manière notable.

Dans tous les cas où l'état de la *respiration* a fixé l'attention des auteurs, on a noté une *dyspnée* plus ou moins considérable, allant quelquefois jusqu'à la suffocation et à l'orthopnée. M. le docteur Bevill Peacock a observé un cas très rare d'*abcès des oreillettes*. La malade, âgée de trente-cinq ans, en traitement pour un gonflement du genou, fut prise d'*accès de dyspnée effroyables*, et fréquemment répétés. A l'autopsie on trouva une péricardite, et un abcès des parois auriculaires s'ouvrant dans le ventricule gauche d'une part, et de l'autre dans les sinus aortiques, après avoir décollé deux valvules. On est porté à croire que le ramollissement du cœur est pour beaucoup dans la production de cette dyspnée, parce qu'elle a existé dans des cas où aucune autre affection de cet organe ne s'était produite, et parce qu'elle a toujours augmenté à l'époque où la cardite venait se joindre aux lésions déjà existantes.

On a observé quelquefois l'*œdème des jambes*, et même une infiltration générale ; mais il y avait alors une hypertrophie plus ou moins considérable, et des altérations des orifices du cœur. On ne saurait donc attribuer ce symptôme à la cardite elle-même. Il en est de même de la *coloration de la face* et de l'injection veineuse que l'on a quelquefois notée, mais non peut-être de l'état d'*anxiété* et de la *contraction des traits*, qu'on a remarqués chez quelques sujets, et qui étaient portés au plus haut degré. Ces cas, en effet, sont ceux où l'inflammation avait laissé les traces les plus profondes, et dans quelques uns desquels aussi on notait le *refroidissement* de la peau, la sueur, la faiblesse générale.

On voit par cette description que les signes de la cardite sont encore très vagues,

et qu'excepté *ceux que présente le pouls*, il n'en est aucun qui paraisse avoir quelque chose de propre à cette affection. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du diagnostic.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la cardite est ordinairement très rapide. Dans les observations qui ont été prises avec quelque soin, on a vu les symptômes s'aggraver très promptement et être bientôt portés au plus haut degré.

Quant à la *durée* de cette affection, il est difficile de l'apprécier, attendu que les auteurs n'ont pas marqué exactement le début. Dans deux cas, elle n'a pas dépassé huit jours, et, en général, elle est très courte. On n'a cité aucun fait authentique de *cardite chronique*. Ceux qu'on a donnés comme des exemples d'induration du cœur sont, pour la plupart, dus à des ossifications dont le plus grand nombre, comme on peut le voir par les faits rapportés par Albertini, Corvisart, Laënnec, Burns, sont dus aux progrès de l'âge, et dont quelques autres, ainsi que MM. Bertin et Bouillaud en ont cité des exemples, paraissent liés à une inflammation, mais seulement comme conséquence ou terminaison de cette inflammation. Nous n'avons donc rien à dire de la cardite chronique.

La *terminaison* de la maladie nous offre des points importants à considérer. C'est elle, en effet, qui a fait admettre plusieurs espèces particulières d'affections qui ne paraissent pas devoir être décrites autrement que comme de simples lésions anatomiques. Tels sont les *abcès* de la substance musculaire du cœur, qui font évidemment partie de la cardite, dont ils sont une production; les *ulcérations* de cet organe; le *ramollissement* de sa substance, non lié à une cause générale, comme dans les maladies fébriles; et enfin la plupart des *ruptures* du cœur, qui ont pour cause ce ramollissement inflammatoire et qui produisent ordinairement la mort subite.

Il résulte assez souvent de ces lésions soit un *anévrysme partiel du cœur*, soit une rupture d'une de ses cavités, et, dans ce dernier cas, la mort est subite. M. Guéneau de Mussy, entre autres, en a cité deux exemples remarquables (1). La cardite a, par conséquent, deux espèces de terminaisons très différentes : dans l'une, les symptômes allant sans cesse en augmentant, il se déclare une grande dépression des forces, avec dyspnée, faiblesse des battements du cœur et du pouls, froid des extrémités, etc.; puis le malade succombe avec des signes d'asphyxie, et quelquefois dans de violents accès de suffocation; dans l'autre, saisis tout à coup d'une vive anxiété et quelquefois poussant des cris violents, comme M. Hippolyte Cloquet en a cité un exemple (2), les malades meurent subitement. Ces derniers cas sont ceux de rupture par ramollissement inflammatoire. Enfin ce que j'ai dit plus haut relativement à l'*induration du cœur*, suite d'une inflammation de son tissu propre, doit nous faire admettre que, dans quelques cas malheureusement mal déterminés, cette inflammation peut se dissiper, mais en laissant ordinairement après elle des lésions dont la gravité ne saurait être méconnue.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est, comme je viens de le signaler, principalement d'après les lésions anatomiques qu'on a établi des divisions trop nombreuses dans les altérations aiguës du tissu du

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXII, p. 268, et t. XXVI, p. 257.
(2) *Bull. de la Faculté de méd. de Paris.*

cœur. Ce que je vais dire dans cet article suffira pour la description de quelques unes de ces espèces qui intéressent fort peu le praticien, telles que le ramollissement, l'induration, les abcès, l'infiltration purulente, les ulcérations et la gangrène. Quant aux ruptures, comme dans plusieurs cas elles ont été produites par d'autres causes, j'y reviendrai un peu plus loin.

Ramollissement. Lorsqu'un sujet a succombé à une cardite aiguë, on trouve le tissu du cœur ramolli dans une plus ou moins grande partie de son étendue, se réduisant dans quelques points en bouillie, et se déchirant au moindre effort. C'est ordinairement dans la portion interne de l'épaisseur de ses parois que se trouve le ramollissement, et alors l'endocarde participe à un plus ou moins haut degré à l'altération du tissu musculaire. Nous avons vu plus haut que, dans les parties ramollies, on trouvait quelquefois une apoplexie par petits foyers isolés, semblable à l'apoplexie capillaire du cerveau ; dans d'autres cas, il y a seulement une couleur rouge plus ou moins brune, qui diffère assez sensiblement de la couleur du tissu à son état normal : c'est là ce qu'on a nommé le *ramollissement rouge ;* dans d'autres encore, le cœur est blanchâtre, il est infiltré d'une substance graisseuse ; mais comme, dans ces cas, on trouve ordinairement des foyers purulents, il est probable que cet aspect graisseux du cœur était dû plusieurs fois à une infiltration purulente du tissu serré qui le constitue. C'est là le *ramollissement blanc*, qui diffère toutefois de cet autre ramollissement qu'on trouve dans les affections fébriles, et qui n'a point de caractère inflammatoire.

M. le docteur James Undren (1) a vu le cœur ramolli et ses fibres profondes déchirées chez un homme de soixante ans, mort subitement au milieu d'une parfaite santé. Il n'y avait pas d'épanchement de sang dans le péricarde.

J'ai dit plus haut tout ce qu'il était nécessaire de savoir sur l'*induration ;* je vais donc passer immédiatement à la description des abcès du cœur, dont on a cité un assez grand nombre d'exemples.

Abcès du cœur. Dans le plus grand nombre des cas, les *abcès* trouvés entre les fibres musculaires étaient multiples, peu volumineux, tantôt siégeant dans la profondeur même des parois, tantôt dans un point rapproché soit de la surface interne, soit de la surface externe. Le pus qu'ils contiennent est ordinairement blanc et bien lié. Cependant, dans quelques cas, on le trouve au contraire sanieux et comme putride. C'est ordinairement dans les parois du ventricule gauche que se forment ces abcès, dont on n'a trouvé la cause dans une phlébite qu'une seule fois chez les sujets dont j'ai pu consulter les observations. Toutefois nous avons vu, dans le cas cité par M. Bevill Peacock, que les oreillettes ne sont pas exemptes de cette altération. Mais c'en est assez sur une lésion qui ne fournit aucun signe particulier, pas même la douleur.

Ulcérations. Les *ulcérations du cœur* observées dans l'affection qui nous occupe diffèrent de celles qui ont été décrites à l'article *Endocardite aiguë*, en ce qu'elles sont le résultat de la rupture du foyer purulent, soit dans les cavités du cœur, soit dans le péricarde, suivant que ce foyer est voisin de la surface interne ou de la surface externe. On se fait facilement une idée de ce que doivent être ces ulcérations ordinairement profondes, dans lesquelles on trouve le tissu musculaire

(1) *North. Journ. of med.*, avril 1845.

déchiré, réduit en bouillie, d'où résulte une cavité ordinairement irrégulière. Autour de ces ulcérations, comme autour des abcès, le tissu musculaire du cœur est ramolli dans une plus ou moins grande étendue.

Rupture. Comme je l'ai dit plus haut, la cardite peut se terminer par *rupture*, et alors on trouve une perforation soit d'une oreillette, soit d'un ventricule, soit enfin de la cloison interventriculaire. Il est remarquable que dans tous les cas que j'ai rassemblés, et dans lesquels la rupture pouvait être rapportée à une inflammation du tissu du cœur, c'est toujours dans les parois des cavités gauches que celle-ci a eu son siége. Cette rupture, de forme très irrégulière, se présente comme une déchirure à bords lacérés, lorsque l'effort du sang a produit seul l'ouverture de la paroi ramollie. Lorsqu'elle est le résultat d'une ulcération, comme dans un cas cité par M. Guéneau de Mussy, elle peut présenter un aspect infundibuliforme, ou bien ressembler à deux cônes renversés se joignant par leur sommet, si deux ulcérations ont marché l'une vers l'autre en sens inverse.

Gangrène. Enfin on a cité de très rares exemples de *gangrène* du tissu propre du cœur. Pour ma part, je n'en connais qu'un seul qui est rapporté par M. Kennedy (1), et où la maladie survint dans un cas d'affection ancienne de l'utérus, dont le tissu présentait lui-même les caractères de la gangrène ; mais il est inutile de s'appesantir davantage sur ce sujet.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le *diagnostic* de la cardite est plein d'obscurité. Il est impossible de trouver, dans les faits qui ont été cités, quelques signes qui appartiennent en propre à cette affection ; aussi n'est-ce guère que par l'ensemble des symptômes, et en ayant égard à toutes les circonstances qui environnent leur apparition, qu'on pourra avoir des soupçons sur l'existence de l'inflammation du tissu propre du cœur.

Si chez un sujet, et principalement dans le cours d'une affection fébrile, il survient, à la région du cœur, une douleur vive, avec anxiété ; si en même temps la circulation s'embarrasse, si le pouls devient faible, intermittent ; si la dyspnée est considérable, et si l'on n'observe point de bruits anormaux correspondant aux battements du cœur, on pourra supposer l'existence d'une cardite, mais sans en avoir toutefois la certitude. Suivant Hope, il faudrait joindre à ces signes un désaccord plus ou moins marqué entre les battements du cœur et les pulsations artérielles.

Serait-il possible maintenant de diagnostiquer l'espèce de lésion qui existe dans le tissu du cœur ? Ce que j'ai dit plus haut, en décrivant les symptômes, me force à reconnaître qu'il n'en peut être ainsi. Seulement, lorsque l'intermittence et la faiblesse du pouls sont portées à un degré extrême, on peut penser qu'il existe un ramollissement plus ou moins considérable, avec ou sans infiltration purulente. On voit, au reste, que ces signes ne diffèrent pas très sensiblement de ceux qui ont été énumérés à l'article *Endocardite* ; en sorte que ces deux affections, ainsi que M. Bouillaud l'a fait remarquer, ne peuvent pas, dans l'état actuel de la science, être distinguées d'une manière positive.

On peut arriver plus facilement, par voie d'exclusion, à la distinguer de quel-

(1) *The London Repository*, n° 124.

ques autres affections du cœur. Ainsi on ne la confondra point avec la *péricardite*, parce qu'elle n'offre pas une matité étendue, une voussure, des battements du cœur très éloignés de l'oreille, comme l'inflammation du péricarde donnant lieu à un épanchement notable, et ne présente pas de bruits anormaux comme la péricardite sèche.

Ce dernier signe la fera distinguer de toutes les affections du cœur avec altération des orifices. En un mot, en ayant égard aux signes caractéristiques des autres affections qui manquent dans celle-ci, on ne laissera de confusion possible qu'entre elle et l'endocardite. Je ne veux point, au reste, dissimuler toute la difficulté de ce diagnostic, qui doit fixer l'attention des médecins, et qu'il serait très utile de connaître, puisque cette affection est une de celles qu'on pourrait espérer de traiter avec quelque succès. Je ne donnerai point ici de *tableau synoptique du diagnostic*, n'ayant point de renseignements assez précis à fournir.

Pronostic. Pour se convaincre que le pronostic de la cardite est très grave, il suffit de se rappeler que, dans les cas bien avérés où nous l'avons rencontrée, elle s'est terminée par la mort, et que, dans un assez bon nombre, elle a occasionné la rupture du cœur : cause de mort subite. Cependant on a cité, comme je l'ai dit plus haut, quelques cas d'induration, dans lesquels il paraît avoir existé primitivement une inflammation du cœur qui se serait ainsi terminée d'une manière chronique. Mais ces faits ne sont pas parfaitement concluants, et de plus ils ne diminuent pas très notablement la gravité de l'affection, puisque cette induration est ordinairement elle-même une lésion grave.

Y a-t-il eu quelques cas de guérison complète, radicale? On ne peut que former des conjectures à ce sujet, car, de l'avis de tous les auteurs, le diagnostic de cette affection n'offre aucune certitude. Par la voie du raisonnement, on pourrait être porté à admettre la possibilité de cette guérison, mais on ne saurait en démontrer la réalité.

§ VII. — Traitement.

Nous ne possédons que très peu de recherches sur le traitement de la cardite, et on le conçoit sans peine, puisqu'on ne peut établir que très imparfaitement son diagnostic. Les auteurs qui ont le plus insisté sur ce point, comme Kreysig, ne distinguaient l'inflammation du tissu propre du cœur, ni de l'endocardite, ni de la péricardite. Sous le nom d'inflammation de cet organe, ils décrivaient tout ce qu avait rapport aux phlegmasies de son tissu propre et des parties adjacentes. Comment auraient-ils pu parler du traitement avec quelque précision? Voici ce que l'observation nous apprend de plus positif.

Émissions sanguines. Depuis très longtemps les médecins ont regardé comme très efficaces, dans les affections du cœur, les *saignées* très abondantes. Kreysig cite Trécourt qui, lorsqu'il supposait l'existence d'une inflammation du cœur, faisait, le premier jour, une saignée toutes les deux heures, et qui, dans un cas, enleva à une femme deux kilogrammes et demi de sang en soixante-douze heures. Kreysig approuve cette manière de procéder, et veut que l'on pousse les saignées, et surtout la première, jusqu'à produire la lipothymie. Nous n'avons rien à dire sur cette médication énergique, à l'appui de laquelle on n'a pas cité de relevés de faits exacts. Dans les cas particuliers rapportés par Kreysig, on ne trouve même point

de symptômes suffisants pour faire diagnostiquer, non pas d'une manière positive, mais seulement avec quelque probabilité, l'existence d'une cardite. Les sangsues et les *ventouses scarifiées* ont été également recommandées. S'il faut en croire Kreysig, on ne doit les appliquer qu'après les saignées générales et lorsque la fièvre commence à s'apaiser. Mais rien ne prouve qu'il soit fondé dans cette assertion.

Digitale ; opiacés. La *digitale* est proposée par la plupart des auteurs ; mais on voit, en lisant leurs observations, que c'est principalement dans les cas de palpitations chroniques qu'ils l'ont employée. Quelques uns craignent que, s'il y a ramollissement, la digitale ne produise de mauvais effets en enlevant aux parois du cœur leur énergie et en les soumettant à une distension contre laquelle elles ne peuvent pas réagir. On peut en dire autant des *opiacés* que Kreysig prescrivait dans les cas de palpitations tumultueuses, mais avec modération, de peur d'occasionner une paralysie de l'organe.

Calomel. Le *calomel* a été particulièrement vanté par cet auteur, qui ne l'administrait qu'au moment où les symptômes avaient perdu un peu de leur intensité. Voici sa formule composée :

℞ Calomel..............	0,80 gram.	Magnésie d'Édimbourg..	àà 4 gram.
Kermès minéral........	0,20 gram.	Sucre.................	
Nitrate de potasse......	4 gram.		

Mêlez et divisez en huit paquets égaux, dont on donne un toutes les deux heures.

Enfin, on a prescrit des *antispasmodiques*, des *diurétiques*, et même quelquefois des *toniques*, lorsque la faiblesse du pouls et des battements du cœur annonçait que cet organe avait perdu presque toute sa force.

Révulsifs. Pendant qu'on administre ces remèdes à l'intérieur, on emploie à l'extérieur les révulsifs, tels que les *vésicatoires*, les *sétons*, les *cautères* et les *frictions irritantes;* mais Kreysig recommande de s'abstenir de tous ces moyens tant que le mouvement fébrile est intense, et l'on ne peut que se ranger à son opinion.

Je ne m'occuperai pas davantage de ce traitement, sur lequel nous ne possédons que des données extrêmement vagues, et qui est si peu connu, que Corvisart, après avoir décrit avec beaucoup de soin le *carditis*, n'a pas dit un seul mot des moyens propres à le combattre. Ce qui résulte de plus évident des opinions des auteurs, c'est qu'une médication antiphlogistique énergique est la seule en qui l'on ait eu un peu de confiance. En y joignant les précautions générales recommandées par Kreysig, on aura tout ce que nous savons sur le traitement de la cardite. Ces précautions sont les suivantes :

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA CARDITE.

Silence absolu.
Interdire tout mouvement brusque et violent.
Entretenir la liberté du ventre.
Éviter toute cause de refroidissement ; éloigner toute cause d'émotions vives.

ARTICLE III.

RUPTURES DU CŒUR.

Je n'ai que quelques mots à ajouter à ce qui a été dit plus haut sur les ruptures du cœur. Cette affection n'intéresse, en effet, que très médiocrement le praticien, car non seulement il est impossible de lui opposer quelque remède, mais encore, le plus souvent, elle constitue un accident imprévu. Cet accident est beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le supposer au premier abord, puisqu'en faisant quelques recherches dans un petit nombre d'auteurs, j'en ai réuni 19 cas bien évidents.

Ces ruptures ont parfois pour *cause* une violence extérieure. M. Bérard (1) et M. Ferrus (2) en ont rapporté des exemples remarquables. D'autres fois la rupture du cœur survient après quelques jours d'une maladie souvent mal caractérisée.

M. le docteur Taylor (3) a rapporté un cas de rupture du ventricule du côté droit qui détermina la mort subite chez une femme dont la santé ne paraissait nullement altérée, bien qu'elle eût un goître volumineux.

Il est rare qu'une vive *douleur* à la région précordiale se fasse sentir avant le moment où les signes de la perforation ont lieu. M. le docteur Roché (4) a néanmoins noté, dans deux cas, comme un symptôme important de la rupture du cœur un sentiment de *douleur brûlante*, de *brûlure inexprimable* à la région précordiale. Mais le plus souvent, après un *malaise* de plus ou moins longue durée, un peu de *gêne de la respiration*, parfois des *syncopes*, le malade tombe tout à coup comme frappé d'un coup très violent, et il meurt subitement. Cette marche de la maladie ne s'observe que dans les cas où il y a une rupture qui fait communiquer les cavités du cœur avec le péricarde ; lorsque c'est la cloison interventriculaire qui est perforée, il y a des symptômes moins alarmants dont j'ai dit quelques mots plus haut. Quelquefois il semble que la rupture se fait en plusieurs fois, ou bien que, d'abord trop peu étendue pour laisser échapper une assez grande quantité de sang, elle devient enfin plus considérable, et donne lieu à une mort rapide. Un cas cité par Fischer (5) nous en offre un exemple très remarquable ; ce n'est qu'après plusieurs accès qui se sont déclarés dans l'espace de quarante-huit heures, que le malade a fini par succomber, et l'on a trouvé une rupture s'étendant verticalement de la pointe à la base du ventricule gauche.

Les *lésions* que la rupture du cœur laisse après elle ne doivent pas m'arrêter longtemps. A l'article *Cardite*, j'ai indiqué celles qui sont dues à l'inflammation partielle du cœur ; je me contenterai d'ajouter ici que, dans les cas de violence extérieure, cet organe offre ordinairement une solution de continuité irrégulière, comme déchirée, et sans ramollissement très considérable de ses bords. Je dirai aussi que parfois la perforation peut être multiple, comme Morgagni (6) en cite un exemple très intéressant. Quelquefois la rupture du cœur est produite par

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 370.
(2) *Ibid.*, t. VIII, p. 463.
(3) *The Lancet*, novembre 1843.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, juin 1845.
(5) *Journ. de Hufeland.*
(6) *De caus. et sed. morb.*, epist. LXIV, 2.

une violence extérieure, sans qu'il y ait une contusion bien considérable aux parois de la poitrine. Ainsi le docteur Sallusse (1) cite un cas dans lequel le cœur avait été rompu par un coup de pied de cheval sur la poitrine, sans autre lésion qu'une contusion très légère à l'extérieur.

M. Dubreuil (2) a décrit un cœur rupturé, dont la rupture occupait toute la longueur depuis la base des ventricules jusqu'au sommet de l'organe. La mort fut subite. La consistance était plutôt augmentée que diminuée. L'auteur ne se prononce pas sur la cause de la rupture; mais on est porté à penser qu'il y a eu violence extérieure, d'après les détails de l'observation.

Je ne m'appesantirai pas davantage sur cette lésion grave, qui, je le répète, n'a qu'un faible intérêt au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique, mais dont il était nécessaire de dire un mot, parce qu'elle présente quelques particularités qui ne sont pas sans importance sous le rapport de la médecine légale.

ARTICLE IV.

ANÉVRYSMES PARTIELS DU CŒUR.

La dilatation partielle du cœur, ou anévrysme vrai, passe pour une affection très rare; cependant le docteur John Thurnam (3) en a rassemblé 84 cas, dont il a donné une analyse fort intéressante, et dans ces dernières années les auteurs anglais en ont cité bon nombre de nouveaux cas, consignés et très bien appréciés dans les *Archives générales de médecine* (*passim*). C'est principalement d'après M. Thurnam qu'on doit exposer l'histoire de cette lésion, qui présente à l'observation de grandes difficultés.

Définition; formes. Il faut, pour qu'on admette l'existence d'une dilatation partielle du cœur, qu'il y ait, dans un point limité d'une cavité, une espèce de cavité supplémentaire, à ouverture plus ou moins étendue. M. Thurnam, d'après les faits qu'il a observés, a admis deux *formes* d'anévrysmes partiels : dans la première, il n'y a aucune saillie à l'extérieur, et la dilatation ne porte que sur une partie de l'épaisseur des parois ventriculaires; dans la seconde, il y a à la surface externe une tumeur dont la grosseur varie entre celle d'une noix et celle du cœur lui-même.

Les *causes* ne présentent qu'un petit nombre de considérations à exposer. Sur 40 cas, M. Thurnam a trouvé 30 individus du *sexe* masculin et 10 seulement du sexe féminin. Il n'a vu qu'un seul exemple de cette maladie au-dessous de vingt et un ans. Ce cas excepté, l'*âge* a varié de vingt et un à quatre-vingts ans, et le nombre des sujets a été surtout considérable de vingt et un à trente ans, et de soixante et un à quatre-vingts. Les autres causes ont beaucoup moins d'importance; il est seulement remarquable que sur 16 sujets il se soit rencontré 8 soldats, mais cette coïncidence est peut-être due au nombre proportionnellement plus grand d'autopsies faites chez ces derniers. On aussi noté, dans quelques cas, le *rhumatisme*, les *émotions vives* et les *violences extérieures;* mais les faits sont trop peu nombreux pour qu'on en puisse tirer la moindre conclusion.

(1) *Il filiatre sebezio*, octobre 1834.
(2) *Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier.* — *Des anomalies artérielles;* Paris, 1847. pag. 13 et suiv.
(3) *Medico-chirurg. Transact. of London*, t. XXI, p. 187; 1838.

Symptômes. Le *début* de cette affection a paru quelquefois subit. M. Thurnam cite trois cas de ce genre dans lesquels de violentes palpitations, une douleur plus ou moins vive, une grande anxiété, en un mot plusieurs des symptômes qui appartiennent à la rupture du cœur lorsqu'elle n'occasionne pas la mort subite, ont été soigneusement observés et notés. Toutefois il faut dire que ce début subit n'est point parfaitement démontré, parce qu'il n'est pas très rare de voir des maladies du cœur rester très obscures au début, et que par conséquent l'affection a très bien pu marcher d'abord sourdement, puis, à une certaine époque de la durée, éclater tout à coup sous l'influence d'une cause quelconque. Dans quelques autres cas, le début de la maladie n'est annoncé par aucun symptôme. M. Thurnam en cite deux où la mort ayant été causée par une autre affection, on a trouvé à l'autopsie une dilatation partielle du cœur très évidente, quoiqu'à sa première période, et dont le malade ne s'était jamais aperçu. L'anévrysme trouvé à l'autopsie de Talma par Biett et Breschet (1) en est un exemple plus frappant encore. Mais, le plus souvent, on voit les symptômes qui caractérisent cet anévrysme, et que nous allons décrire, se développer peu à peu et faire des progrès incessants.

Les *symptômes* principaux sont des *palpitations* plus ou moins violentes, mais qui n'ont été indiquées que dans un nombre limité de cas : une *douleur précordiale* variable, ou seulement une gène dans cette région, et une *dyspnée* quelquefois extrême et portée jusqu'à l'orthopnée : symptôme le plus fréquemment mentionné dans les observations. Chez quelques sujets, on a noté, en outre, une *anxiété* très vive, de l'agitation, la crainte de la mort ; plus rarement des *syncopes* ou une disposition à la syncope, et enfin une *hydropisie* plus ou moins étendue, qu'on peut regarder comme étant principalement liée à d'autres affections du cœur.

L'état du *pouls* a été très rarement indiqué ; quelquefois on a trouvé les battements extrêmement faibles. Enfin, chez quelques sujets, on a constaté l'existence du *pouls veineux*, la congestion veineuse de la face, des *hémorrhagies* nasales ou pulmonaires, en un mot ces symptômes qu'on peut regarder comme étant communs à presque toutes les maladies organiques du cœur. Dans deux cas observés par MM. Little et Halliday-Douglas (2), on entendait un *bruit de souffle*, un *murmure* au premier temps, et dans deux autres que nous devons à MM. Todd (3) et Hanna (4), il y avait un *bruit de souffle double* remplaçant les deux bruits normaux.

La *marche* de la maladie est très difficile à indiquer d'une manière générale, car elle est très variable. Cependant on peut dire qu'elle est assez lente et qu'elle tend continuellement à faire des progrès. Quant à la *durée*, elle ne varie pas moins, puisque, d'après les recherches de M. Thurnam, on a vu un sujet succomber au bout de dix jours environ, tandis que chez les autres la maladie a eu une durée de trois ou quatre mois à quinze ans. La *terminaison* est également très variable, suivant les cas. Dans la moitié de ceux où elle a été notée, la mort fut subite : trois fois une syncope emporta les malades ; sept fois ce fut une hémorrhagie dans le péricarde par rupture du cœur, et une fois une hémorrhagie dans la plèvre gauche

(1) *Répertoire d'anatomie et de physiologie.*
(2) Voy. *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, t. XIX, p. 338.
(3) *London med. Gaz.*, août 1846.
(4) *Dublin medical Journ.*, t. VII.

produite par la même cause. La dilatation partielle du cœur doit donc être regardée comme une des causes les plus efficaces des ruptures de cet organe. C'est ordinairement le sac anévrysmal lui-même qui se rompt; mais une fois, chose remarquable, le ventricule éprouva une solution de continuité, non dans le sac lui-même, mais dans un point très voisin. Une apoplexie, une hémorrhagie nasale, des symptômes d'asphyxie, ou bien des maladies entièrement étrangères au cœur, sont, dans plusieurs cas, venues mettre un terme à l'existence.

Les *lésions anatomiques* ont été particulièrement étudiées. On a cité les différents faits rapportés par un grand nombre d'auteurs d'anatomie pathologique, depuis Galeati (1757) et Walter (1) jusqu'à nos jours. Ces faits sont en général très connus. C'est principalement dans les cavités gauches, et surtout dans le ventricule qu'on a trouvé la dilatation partielle du cœur. Parmi les faits recueillis par le docteur Thurnam, il n'en est pas un seul qui fasse mention de l'anévrysme partiel du ventricule droit, et quant à l'anévrysme partiel de l'oreillette droite, il est au moins extrêmement rare, car on n'a guère cité que l'observation rapportée succinctement par Puerarius. Cependant M. le docteur Canella (2) en a rapporté un autre exemple. La tumeur occupait la région moyenne du ventricule droit. La santé ne paraissait nullement altérée. La mort fut subite.

Tantôt la lésion consiste en une simple excavation dans la paroi du cœur; tantôt, comme je l'ai dit plus haut, en une cavité très grande dans laquelle on pénètre par une ouverture quelquefois beaucoup plus étroite que le fond. Le fond du sac anévrysmal, lorsque la dilatation est très considérable, n'est plus formé que par quelques fibres musculaires et par le péricarde. Dans un cas on a vu, dit-on, la cavité accidentelle n'être limitée extérieurement que par l'endocarde et le péricarde réunis. Suivant M. Thurnam, chez vingt-cinq sujets, le fond de cette cavité aurait été constitué par tous les tissus qui entrent dans la composition des parois du cœur, c'est-à-dire qu'il y aurait eu alors un anévrysme sans rupture de l'endocarde; mais, ainsi que l'a fait observer M. Bizot, il est très facile d'être induit en erreur dans des cas de ce genre; car il se forme très promptement une pseudo-membrane parfaitement semblable à la membrane interne du cœur, qui vient tapisser le fond du foyer anévrysmal; or, en admettant même qu'il n'en fût pas ainsi pour les cas où la dilatation était très peu considérable, on a peine à croire que l'endocarde ait pu résister à la dilatation extrême qu'il a dû éprouver dans ceux où l'on a cru qu'il formait seul avec le péricarde le fond de la tumeur. Il est plus que probable que l'observateur a été induit en erreur par l'existence de la fausse membrane dont je viens de parler.

Quelquefois un anévrysme partiel qui s'est formé dans un ventricule peut s'ouvrir dans l'autre. C'est ce qui eut lieu dans un cas observé par le docteur Jonathan Pereira, dans le service du docteur Luke (3).

Parfois aussi l'anévrysme est *disséquant* : on en trouve un exemple dans le cas de M. Todd précédemment cité. L'anévrysme, partant d'un côté du ventricule et passant derrière une valvule sygmoïde, aboutissait à l'artère, et de l'autre conduisait dans une poche anévrysmale distincte qui faisait saillie dans l'oreillette droite

(1) *Nouv. mém. de l'Acad. de Berlin* ; 1785.
(2) *Giornale dei progr. di med.*, mars 1844.
(3) Voy. *London med. Gaz.*, octobre 1845.

Les symptômes étaient les suivants : dyspnée extrême, hydropisie, congestion du foie, pouls faible et bondissant; bruit de souffle systolique, doux, à la pointe et vers l'angle de l'omoplate gauche. Fort bruit de soufflet à la base du cœur, remplaçant le second bruit. M. le docteur Bevill Peacock a cité (1) un cas dans lequel un anévrysme partiel du cœur occupant la pointe de cet organe se *rompit dans le péricarde*. Le sujet, déjà très malade, éprouva une douleur subite et déchirante à la région précordiale et une syncope. Il mourut cinq jours après.

On trouve aussi souvent le sac anévrysmal vide que rempli de caillots. Ceux-ci sont quelquefois fibrineux et consistants, comme les concrétions sanguines de quelques anévrysmes anciens de l'aorte. Le siége de prédilection de la dilatation partielle du cœur est vers la pointe du ventricule gauche; puis viennent les autres parties de ce ventricule, et enfin les parois de l'oreillette du même côté. Il arrive quelquefois que plusieurs de ces dilatations ont lieu en même temps chez le même sujet; chez deux, on en a vu une fois trois, et une fois quatre. D'autres lésions du cœur très variées viennent fréquemment compliquer celles dont je viens de donner la description.

Diagnostic. Est-il possible d'arriver au diagnostic de cette affection? On sent que rien du moins n'est plus difficile. Les symptômes que j'ai indiqués plus haut n'ont, en effet, rien de particulièrement applicable à l'anévrysme partiel du cœur, et malheureusement, ainsi que le fait remarquer M. Thurnam, les observations que nous possédons ne renferment qu'un petit nombre de détails tout à fait insuffisants. C'est encore là un sujet que l'observation seule pourra éclairer, et sur lequel nous n'aurions à présenter que des conjectures. On a, dans quelques cas, signalé l'existence d'un bruit de souffle au premier temps; mais ce signe n'appartenait-il pas à une maladie concomitante des orifices du cœur?

Traitement. Quant au traitement, il est évident qu'on n'en peut rien dire, puisqu'il n'a point été dirigé particulièrement contre la maladie qui nous occupe; il rentre donc nécessairement dans celui de la dilatation du cœur et de l'hypertrophie, avec lesquelles on a confondu cet anévrysme partiel. Pour ce motif, je renvoie le lecteur aux articles suivants où ce traitement sera exposé.

ARTICLE V.

DILATATION GÉNÉRALE DU CŒUR.

Définition; fréquence. Je désigne sous ce nom la dilatation du cœur, soit qu'elle affecte toutes les cavités, soit qu'elle reste bornée à une d'entre elles. C'est l'*anévrysme passif* de Corvisart. Cette affection, de l'avis de tous les auteurs, est *très rare*, surtout si l'on ne donne son nom qu'à des cas où la dilatation existe en même temps que l'amincissement des parois de la cavité dilatée. Il n'en serait plus de même si l'on traitait, sous le même titre, de la dilatation avec un certain degré d'hypertrophie, car alors l'affection deviendrait un peu plus fréquente; mais ces derniers cas me paraissent devoir être réunis à l'hypertrophie proprement dite, la dilatation plus ou moins grande des cavités ne changeant rien à la nature de la maladie.

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1846.

La dilatation avec amincissement ou anévrysme passif est tellement rare, que M. Louis n'en a pas observé un seul cas, et il ne paraît pas non plus que les auteurs modernes aient eu souvent occasion de le rencontrer. William Hunter, Lancisi (1), Burns, Corvisart (*loc. cit.*, p. 105), et Laënnec, en ont cité des exemples; mais malheureusement, tout en disant que le cœur était dilaté, et que les parois étaient en même temps amincies, ces auteurs ne sont pas entrés dans les détails nécessaires pour qu'on puisse se former une opinion bien arrêtée. Ainsi on conçoit très bien qu'une cavité considérablement dilatée ne présente pas une épaisseur de ses parois en rapport avec sa grande capacité, sans que pour cela il y ait un amincissement notable. Il ne suffit donc pas de dire, avec Lancisi, que le cœur était considérablement émacié, ou avec Corvisart, que les parois étaient très amincies; il faut encore, au moins, prendre un point de comparaison propre à nous donner une idée juste de cet amincissement. Dans quelques cas cependant l'amincissement était tel, qu'il a vivement frappé les observateurs et qu'on ne peut guère douter de son existence.

La principale *cause* de cette lésion serait, d'après Corvisart, un obstacle à la circulation ayant son siége à l'un des orifices. En pareil cas, l'effort exercé sur les parois par le sang retenu dans la cavité, produirait seul la dilatation. Mais on a vu que lorsque les choses se passaient ainsi, il se produisait, non pas une simple dilatation, mais une dilatation avec hypertrophie, et, sous ce rapport, le cœur ne diffère pas des autres organes creux qui s'hypertrophient lorsqu'un obstacle vient s'opposer au cours des matières qui les traversent. Tout porte donc à croire qu'il y a une autre cause, et cette cause, c'est un certain degré de ramollissement. Hope a vu, en pareil cas, le cœur réduit presque à une pellicule. On conçoit très bien qu'avec un ramollissement semblable, l'obstacle au cours du sang signalé par Corvisart ait le résultat qu'il lui attribuait; mais, je le répète, ce ramollissement paraît indispensable.

Les *symptômes* de la dilatation avec amincissement sont très difficiles à préciser: il n'en est guère, en effet, qui ne se retrouvent dans la plupart des autres maladies organiques du cœur, et qui n'aient manqué dans plusieurs des cas où l'on a pu admettre l'existence de la dilatation. La *gêne*, l'*embarras* que les malades éprouvent à la région précordiale, ne présentent rien de particulier. La *matité* a, d'après tous les observateurs, une étendue plus considérable que dans l'hypertrophie, tandis qu'au contraire l'*impulsion* du cœur est beaucoup plus faible. A l'auscultation, on n'entend aucun bruit anormal appartenant en propre à la dilatation avec amincissement; mais les *bruits normaux* sont, suivant plusieurs auteurs, sensiblement modifiés. Ils sont plus secs et plus clairs que dans l'état de santé. Hope a surtout insisté sur ce point, et a cité plusieurs exemples à l'appui de cette assertion. Le premier bruit subit principalement cette transformation, et se rapproche ainsi du second qui est naturellement clair. Laënnec avait déjà fait de semblables remarques.

Un *pouls* faible, mou, très facile à déprimer; une *gêne* plus ou moins grande de la *respiration*, par suite du ralentissement de la circulation; le *refroidissement* des extrémités dû à la même cause; la *stase* du sang dans tout le système veineux;

(1) *Opera omnia*, t. II. *De morbis subitaneis.*

enfin l'*œdème* et l'*anasarque*, tels sont les principaux signes qu'on a notés dans le petit nombre d'observations détaillées qui ont été recueillies. On voit qu'ils n'ont qu'une valeur très douteuse; d'autant plus douteuse que les auteurs, je le répète, n'ayant pas donné la mesure du cœur aminci, il restera toujours quelque incertitude sur l'existence de la maladie dans un bon nombre de cas.

On n'a fait aucune recherche satisfaisante sur la *marche* de cette affection, pas plus que sur sa *durée*. Quant à sa *terminaison*, elle a été toujours funeste dans les cas bien authentiques qui ont été publiés.

Il est inutile d'insister beaucoup sur les *lésions anatomiques* d'une maladie aussi peu connue. La capacité doublée et quelquefois triplée; les parois de cette cavité amincies quelquefois à un degré extrême, mollasses, décolorées, s'aplatissant quand on dépose le cœur sur une table, cédant à la moindre pression, se déchirant souvent avec facilité, tels sont les effets de cette dilatation portée à son plus haut degré. On a remarqué, en outre, que les fibres charnues se trouvaient plus écartées que dans l'état naturel, que la pointe du cœur était plus ou moins arrondie, etc.; mais de plus longs détails seraient inutiles.

Je ne dirai que très peu de mots du *diagnostic;* je rappellerai seulement que le bruit normal clair et bref est le principal signe qui ait été indiqué, et que si l'on y joint la faiblesse du pouls, l'étendue de la matité, le peu d'intensité de l'impulsion, on a les seuls symptômes qui, dans l'état actuel de la science, puissent faire soupçonner une dilatation.

Quant au *traitement*, il me suffit de dire qu'il doit être à très peu près le même que celui du ramollissement du cœur. Toutefois, si la stase du sang était très considérable, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer des *saignées* assez copieuses; car une trop grande quantité de sang accumulée dans les cavités du cœur tend à augmenter la lésion que l'on veut combattre. Lorsque la faiblesse est très grande, on prescrit ordinairement les *toniques*, et surtout les *ferrugineux*.

Quelques auteurs ont admis une *dilatation sans hypertrophie ni amincissement*. C'est de cette affection que j'aurais à parler maintenant; mais outre qu'elle est très rare et très peu connue, elle ne présente rien qui la fasse différer assez d'une hypertrophie avec dilatation, pour qu'il soit nécessaire de la décrire séparément. Je vais donc passer immédiatement à la description de l'hypertrophie du cœur, sur laquelle des travaux si importants et si nombreux ont été publiés.

ARTICLE VI.

HYPERTROPHIE DU CŒUR.

L'hypertrophie est, de toutes les affections organiques du cœur, celle qui a été le plus anciennement connue. Sous le nom de palpitations, plusieurs auteurs anciens ont décrit un bon nombre de cas qui peuvent lui être rapportés, et d'autres, sous le nom d'anévrysme, ont également eu en vue cette affection. Il est extrêmement difficile de distinguer, dans les auteurs qui nous ont précédés, ce qui appartient véritablement à l'hypertrophie, précisément parce que, sous un seul nom, ils entendaient plusieurs maladies distinctes aujourd'hui. D'un autre côté, on a, dans ces derniers temps, ainsi qu'on l'a vu plus haut, décrit séparément un très

grand nombre d'affections qui se rencontrent très rarement isolées. Il y avait là deux excès à éviter, et c'est ce qui m'a fait joindre aux descriptions des lésions particulières des considérations générales sur les affections de la membrane interne, et donner ainsi l'ensemble pathologique, après en avoir présenté les éléments. Lorsque j'aurai fait l'histoire de l'hypertrophie, je reviendrai également sur quelques points importants qui n'auront pas pu trouver place dans les articles qui vont suivre, et qui méritent d'être indiqués.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Il y a hypertrophie du cœur toutes les fois que l'épaisseur des parois est augmentée, soit dans toute l'étendue de l'organe, soit dans une seule de ses parties. C'est surtout pour pouvoir apprécier cette maladie que la connaissance des mesures données plus haut est importante. On ne saurait, en effet, se borner à dire que le cœur est hypertrophié lorsqu'il a atteint telle ou telle épaisseur, car une mesure absolue pourrait, suivant l'âge, se trouver soit au-dessus, soit au-dessous de l'état normal.

Cette affection a reçu les noms de *palpitations*, *battements du cœur*, *anévrysme* du cœur, *maladie organique* du cœur, anévrysme *actif*.

Sa *fréquence*, sans être extrême, est assez grande. Quelques médecins ont avancé qu'elle avait augmenté dans ces derniers temps; mais cette assertion, pas plus que tant d'autres du même genre, n'est nullement prouvée, et l'on doit plutôt penser que, si l'on en trouve un plus grand nombre de cas, c'est qu'on sait mieux les découvrir.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Si l'on demande une démonstration rigoureuse des causes qui ont été signalées comme produisant l'hypertrophie, on sera peu satisfait des renseignements fournis par les auteurs. On serait presque tenté, en les voyant si hypothétiques, de passer sous silence la plupart de ces causes prétendues. Cependant il en est quelques unes sur lesquelles il est nécessaire de dire un mot. On n'a que des données peu précises sur l'*âge* et le *sexe* considérés comme causes prédisposantes. On sait seulement d'une manière générale qu'on est principalement exposé à cette maladie dans l'âge mûr, et que les hommes y sont plus sujets que les femmes. M. Beau (1) ayant trouvé plusieurs cas dans lesquels l'hypertrophie coïncidait avec une *péricardite ancienne* et des *adhérences étroites*, de telle sorte que le jeu des valvules pouvait en être gêné, a regardé ces adhérences comme une cause de l'hypertrophie. Hope a fait des observations semblables, et il n'est pas très rare, en effet, de trouver ces lésions réunies. Cependant, il faut le dire, on n'a pas pu suivre encore assez exactement la marche et la succession de ces deux maladies pour qu'on doive attribuer nécessairement à l'une d'elles la production de l'autre. Il serait d'autant plus nécessaire d'appuyer ces assertions sur un grand nombre de faits que, d'après des recherches inédites que M. Louis a bien voulu me confier, la péricardite avec adhérence ne s'est pas rencontrée plus fréquemment d'une manière notable chez des

(1) *Rech. d'anat. pathol. sur une espèce particul. de dilat. et d'hypertrop. du cœur.*

ujets affectés de maladies organiques du cœur, que dans les cas où le cœur était sain.

L'*étroitesse congénitale de l'aorte ou de l'artère pulmonaire* a été également donée comme une cause de cette affection. Laënnec admettait aussi une *disproportion congénitale* d'une partie du cœur ; enfin quelques auteurs, ayant observé un nombre considérable d'hypertrophies de cet organe dans une seule famille, ont regardé affection comme *héréditaire;* mais ces assertions diverses, et surtout les dernières, ne sont point fondées sur des faits incontestables. Quant aux *professions*, je dirai qu'on ne sait rien de positif à cet égard. C'est par une simple vue théorique que Corvisart avait indiqué les sujets exerçant une profession qui nécessite es mouvements fatigants des bras, le reste du corps étant en repos, comme particulièrement atteints de l'hypertrophie du cœur, et l'on a remarqué que dans ouvrage de ce médecin, où les tailleurs en particulier sont cités comme sujets à ette affection, il n'y avait pas de cas dont l'observation fût relative à un individu e cette profession.

2° Causes occasionnelles.

Je place en première ligne, parmi les causes occasionnelles, le *rétrécissement* d'un u de plusieurs orifices du cœur. En pareil cas on voit, en effet, les parois de la avité placées immédiatement derrière le rétrécissement s'hypertrophier, en même emps que la capacité de cette cavité augmente. Dans plusieurs cas, on a trouvé 'hypertrophie, non pas derrière l'obstacle, mais dans la cavité qui le précédait. M. Legroux (1) en a signalé plusieurs exemples, mais les recherches de M. Louis, déjà citées, sont beaucoup plus explicites sur ce point. Cet observateur, ayant réuni les observations qu'il a recueillies lui-même à celles des auteurs, a trouvé que, dans es trois cinquièmes des cas, il n'existait aucun rapport entre les lésions de la membrane interne du cœur, soit aux orifices, soit dans d'autres points de son étendue, et la production de l'hypertrophie avec ou sans dilatation. On voit par là combien l doit rester de doutes sur l'explication suivante, présentée par plusieurs auteurs. Ils ont attribué l'hypertrophie à une inflammation qui, siégeant principalement sur 'orifice rétréci, se serait néanmoins étendue à d'autres parties du cœur, dont elle aurait déterminé le rétrécissement, ou encore à une inflammation qui, ayant existé primitivement dans une grande étendue du cœur, aurait laissé pour trace à l'orifice, un rétrécissement, et dans les parois de la cavité, l'hypertrophie. Il peut y avoir du vrai dans ces explications, mais certainement la chose n'est pas mise hors de doute, dans tous les cas, comme le prouvent les faits cités par M. Louis.

On a également signalé, comme une des causes les plus efficaces de l'hypertrophie du cœur, un obstacle apporté à la circulation du sang par une *maladie chronique des poumons*, la phthisie, par exemple ; mais des recherches exactes ont prouvé le peu de fondement de cette assertion. Ainsi MM. Louis et Bizot ont trouvé, chez des phthisiques dont les poumons farcis de tubercules étaient presque entièrement imperméables, le cœur notablement diminué de volume, et non hypertrophié, comme on aurait pu s'y attendre d'après les idées théoriques. Les choses se passent de la même manière lorsqu'un cancer vient s'opposer au cours du sang dans les poumons.

L'*emphysème pulmonaire* ne me paraît pas devoir être considéré seulement

(1) *De l'inflammat. comme cause des affect. organiq. du cœur*, journal *l'Expérience.*

comme une cause prédisposante de l'hypertrophie; il en est encore une cause efficiente, ainsi que les recherches de M. Louis nous l'ont appris (1). Il suffit de l'existence de l'emphysème pulmonaire, pendant un certain nombre d'années, pour que, sans aucune autre cause particulière, on voie se développer une hypertrophie du cœur, qui fait des progrès plus ou moins rapides.

Des *émotions vives* et souvent répétées, les chagrins, les passions violentes, sont généralement rangés parmi les causes très efficaces de la maladie qui nous occupe. Corvisart les mettait presque au premier rang, mais on est bien loin de savoir encore quel est leur degré d'influence. M. Larcher (2) a cru trouver pendant la *grossesse* une hypertrophie momentanée qui se dissipe ordinairement après l'accouchement, mais qui, dans des circonstances particulières, peut se prolonger et devenir permanente. Mais les observations des autres médecins n'ont point confirmé cette manière de voir.

Enfin, un *régime excitant;* l'usage immodéré des *boissons alcooliques; un exercice violent* fréquemment renouvelé; en un mot, toutes les causes qui activent très notablement la circulation, ont été signalées comme provoquant les maladies du cœur. Quant à l'*irritation nutritive* imaginée par Dupuytren, c'est tout simplement un mot qui exprime un fait vrai, c'est-à-dire la production fréquente de l'hypertrophie sans cause connue, mais qui ne nous apprend rien de plus positif.

M. le docteur Barlow (3) a classé ainsi qu'il suit les causes de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur: « La dilatation, dit-il, reconnaît donc deux espèces de causes: 1° l'augmentation de la quantité du sang dans les cavités du cœur; 2° l'affaiblissement des parois musculaires du cœur, qui ne peut plus lutter contre la force distensive ordinaire. Il suit de là que la dilatation et l'hypertrophie ne sont en quelque sorte que deux modes du même état morbide, en rapport avec le degré d'activité de la fonction nutritive, et que toutes les causes des deux altérations peuvent se ranger sous les trois groupes suivants: 1° l'obstruction par changement dans les orifices du cœur ou sur le trajet du système circulatoire; 2° l'obstruction dépendant du changement dans la quantité ou dans les propriétés physiques du sang; 3° le défaut de force des parois musculaires du cœur. »

Bien que cette classification soit généralement satisfaisante, il n'en reste pas moins quelques faits qui ne s'y prêtent pas complétement.

Cette restriction s'applique bien plus encore à la théorie de M. Forget. Ce médecin a lu à l'Académie de médecine (4) un travail dont voici les conclusions: « 1° Le signe culminant du rétrécissement aortique est la dilatation du ventricule gauche, laquelle existe presque nécessairement avec hypertrophie. L'anévrysme du ventricule gauche implique la dilatation passive des autres cavités. Le rétrécissement aortique amène donc le développement général du cœur (*cor bovinum*).

» 2° Le rétrécissement mitral donne lieu à la dilatation des cavités, moins celle du ventricule gauche, d'où le cœur *en gibecière*.

» 3° Lorsqu'il y a complication de rétrécissement des deux orifices, les signes sont ceux propres à l'orifice dont le rétrécissement est le plus prononcé.

(1) *Rech. sur l'Emphys.* (*Mém. de la Soc. méd. d'obs.*, t. I).
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1828.
(3) *Guy's hosp. Reports*, t. V; 1847.
(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1844, t. IX, p. 1171.

» 4° L'anévrysme du cœur droit, plus fréquent qu'on ne le pense, résulte toujours de l'engorgement pulmonaire chronique. Ici les accidents pulmonaires ont précédé les accidents circulatoires.

» 5° L'hypertrophie concentrique est spéciale au ventricule gauche et résulte presque constamment d'un obstacle siégeant en arrière de ce ventricule ; à savoir, du rétrécissement mitral ou de l'engorgement pulmonaire.

» 6° Les signes généraux dérivant presque tous de l'obstacle circulatoire doivent, contrairement à l'opinion générale, être les mêmes dans tous les genres d'anévrysmes : ainsi, l'anasarque, la dyspnée, le reflux veineux, la cyanose, sont les mêmes, soit qu'il y ait rétrécissement aortique ou mitral, dilatation active ou passive, etc. »

D'abord nous avons vu que parfois la dilatation se fait non en arrière, mais au-devant du rétrécissement, et quant à la dilatation du ventricule droit par suite de l'obstacle qu'éprouve le cours du sang dans le poumon, il suffit de voir ce qui se passe chez les phthisiques pour s'assurer qu'il faut autre chose que cet obstacle.

Ce sujet, comme on le voit, a grand besoin d'être éclairé par l'observation, car il n'a pas encore été étudié avec tout le soin nécessaire.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'hypertrophie du cœur sont généralement beaucoup mieux connus que ceux des affections de cet organe dont j'ai déjà donné l'histoire. Ils ont été étudiés avec beaucoup de soin, surtout dans ces dernières années.

On a divisé l'hypertrophie en plusieurs espèces ou formes, dont on a cherché à faire des descriptions séparées. Ainsi on a décrit l'*hypertrophie avec dilatation*, l'*hypertrophie concentrique* et l'*hypertrophie bornée à une ou plusieurs des diverses cavités*. Il est certain que ces formes présentent quelques particularités remarquables, mais il ne s'ensuit pas, je pense, qu'elles méritent une description toute spéciale. Il y a des symptômes communs qui appartiennent à l'hypertrophie, et que j'exposerai d'abord ; puis viendront ces diverses formes que je crois devoir considérer comme de simples variétés. Je dirai seulement ce qu'elles présentent de plus remarquable.

Début. Il est très rare que l'hypertrophie du cœur se développe rapidement ; en général, elle débute d'une manière sourde et inaperçue, ou bien elle donne lieu d'abord à des palpitations intermittentes qui, plus tard, deviennent continues, en même temps que les autres signes de la maladie se manifestent. Ainsi le début n'offre ordinairement rien de notable. On a cité des cas où, soit que la maladie existât déjà sans qu'on l'eût découverte, soit qu'elle ait apparu tout à coup, les palpitations ont commencé après une émotion très vive, un violent accès de colère, une grande frayeur, la chute d'un lieu très élevé, etc.

Dans quelques cas, au contraire, des malades ont, pendant longtemps, des palpitations sans en éprouver d'incommodité. Ils peuvent se livrer à un violent exercice, nager, plonger sans en souffrir, et cependant, au bout d'un certain temps, tous les symptômes de l'hypertrophie avec dilatation apparaissent et suivent leur cours ordinaire. M. Louis (*Recherches inédites*) a observé plusieurs faits de ce genre.

Symptômes. Ils doivent être distingués en symptômes locaux et en symptômes

généraux. Les premiers sont ceux qui ordinairement importunent le plus les malades. Cependant il y a quelques exceptions à cette règle, comme on le verra dans la description suivante :

1° *Symptômes locaux.* On a signalé l'existence d'une *voussure* à la région précordiale comme un des signes de l'hypertrophie du cœur ; mais les recherches de M. Woillez (1) ont fait voir qu'on avait pris pour une voussure due à l'hypertrophie une de ces saillies existant depuis la naissance, auxquelles il a donné le nom d'*hétéromorphies physiologiques.*

La *matité*, sans être extrêmement considérable, est toujours notable si l'hypertrophie a atteint un certain degré ; et s'il y a dilatation, elle peut offrir jusqu'à dix et douze centimètres de diamètre, et quelquefois davantage. En même temps on sent sous le doigt, pendant la percussion, une résistance inaccoutumée et très considérable lorsque les parois du cœur sont très épaissies.

L'*impulsion* du cœur est ordinairement très forte ; elle soulève fortement, et dans une étendue considérable, les parois de la poitrine. En outre, on remarque souvent un fait qu'il est très important de noter, c'est le battement de la pointe du cœur en dehors et quelquefois à une assez grande distance de la ligne verticale abaissée du mamelon. Ce signe annonce évidemment un changement dans la forme et dans la position de l'organe, changement dû à l'hypertrophie, dont on constate d'ailleurs les autres symptômes.

On ne trouve pas ordinairement de *bruit anormal* à la région précordiale ; cependant on a noté quelquefois un léger *bruit de souffle* au premier temps. Ce bruit de souffle ne peut être expliqué que par la grande violence avec laquelle le sang est poussé dans l'aorte, de telle sorte que la vitesse du liquide compensant la trop grande largeur de l'orifice qu'il traverse, la vibration se trouve produite comme si cet orifice était rétréci. Toutefois ce bruit de souffle est toujours très léger, et n'est nullement comparable à celui qui est produit sur les bords rugueux des valvules adhérentes. On a encore cité un *bruit musical* qui, en effet, se fait entendre dans quelques cas d'hypertrophie, et qui est quelquefois si fort qu'on peut le percevoir à plusieurs pas de distance. Ce bruit existe principalement dans les cas d'hypertrophie avec dilatation.

Mais s'il n'y a point de bruits anormaux bien marqués dans l'hypertrophie du cœur, les *bruits normaux* subissent des modifications qui ont une grande importance. Ainsi tous les auteurs ont remarqué que ces bruits, et principalement le premier, sont sourds, obscurs, étouffés, et ordinairement prolongés, selon la remarque de Hope. C'est là un signe appartenant à toutes les hypertrophies, mais qui, dans les diverses espèces, varie pour l'intensité et le temps auquel il se produit.

En général, ces symptômes ne s'accompagnent pas d'une *douleur* notable. Les sujets se plaignent plutôt d'une gêne, d'un sentiment de pesanteur vers la région précordiale, et d'une espèce de contrariété qui est surtout produite par les palpitations. Il est des cas exceptionnels où, comme je l'ai dit plus haut, les malades n'éprouvent même aucune sensation. M. Louis a vu, entre autres, un homme qui, depuis fort longtemps, avait les palpitations les plus violentes, et présentait

(1) *De l'inspect. et de la mens. de la poit.*

des signes d'hypertrophie du cœur très évidents pour ceux qui l'examinaient, sans se douter qu'il eût la moindre affection. Quelques sujets, au contraire, ressentent une douleur assez vive, mais que j'ai vue, dans plusieurs cas, avoir son siége dans les parois de la poitrine, de telle sorte qu'on pouvait à peine toucher la peau de la région précordiale sans l'exaspérer. On sait que plusieurs auteurs ont regardé les maladies du cœur comme la principale cause de l'angine de poitrine; c'est qu'en effet, on a observé dans ces affections les douleurs lancinantes de cette dernière, à l'histoire de laquelle je renvoie pour rechercher ses véritables causes.

2° *Symptômes généraux.* Il y a dans la *circulation* des changements qu'il importe de signaler. Le pouls est ordinairement fort, plein, large, et en même temps régulier. On trouve cependant de nombreuses exceptions à cette règle; dans l'hypertrophie concentrique, par exemple, le pouls est petit et déprimé, et l'on sait que dans les cas d'hypertrophie compliquée d'autres lésions du cœur, le pouls présente des altérations notables; mais ici nous ne nous occuperons que de l'hypertrophie avec conservation de la capacité normale ou avec dilatation proportionnée à l'épaississement des parois. C'est surtout dans les cas où l'hypertrophie du ventricule gauche est prédominante, que ces caractères du pouls sont remarquables.

On a cité, comme appartenant à l'hypertrophie, *un embarras plus ou moins considérable de la circulation veineuse*, d'où la turgescence et l'aspect violacé de la face, l'œdème, l'anasarque, les hémorrhagies passives, les troubles de la respiration; mais M. Bouillaud fait remarquer qu'on a eu principalement en vue dans cette description les cas compliqués, et où des obstacles plus ou moins considérables, placés aux orifices du cœur, venaient arrêter la marche du sang; et, en effet, il est certain que dans les descriptions générales on n'a ordinairement pas eu soin de distinguer, comme l'a fait l'auteur que je viens de citer, les cas simples des cas compliqués, distinction néanmoins fort importante. Dans les cas d'hypertrophie simple, la face fortement colorée, l'absence de toute congestion veineuse et des infiltrations séreuses si communes dans les maladies du cœur, annoncent que la circulation a, au début du moins, un surcroît d'activité, et n'est nullement embarrassée.

Déjà M. Bouillaud avait fait remarquer la coïncidence des infiltrations séreuses, avec les rétrécissements des orifices plutôt qu'avec l'hypertrophie elle-même. Les recherches de M. Louis, auxquelles j'ai déjà emprunté des résultats si importants, mettent le fait hors de doute d'une manière plus rigoureuse encore. Cet observateur a, en effet, trouvé sur un grand nombre de cas analysés avec soin, que l'œdème n'a généralement point lieu sans rétrécissement, de telle sorte qu'on peut en tirer un signe très utile pour le diagnostic; car si l'absence de la sérosité ne prouve pas d'une manière positive qu'il n'y a pas de rétrécissement, puisque celui-ci ne produit pas nécessairement l'œdème, et que parfois l'œdème peut se produire sans lui, du moins sa présence porte à penser que le rétrécissement existe, et que, par conséquent, la maladie a un degré de gravité de plus que l'hypertrophie simple. Aussi faut-il reconnaître avec M. Bouillaud que, dans les cas où l'hypertrophie ne présente point de complication, la respiration, la locomotion et l'innervation n'éprouvent d'altération notable que dans les derniers temps de la maladie, et lorsque les autres symptômes ont fait de grands progrès.

Tels sont les symptômes qui appartiennent à l'hypertrophie simple du cœur,

considérée d'une manière générale. Passons maintenant à la description des diverses variétés que nous avons signalées plus haut.

Formes de l'hypertrophie. Depuis Bertin (1) on a généralement divisé l'hypertrophie en trois formes principales : « Dans la première, dit M. Bouillaud, les parois d'une ou de plusieurs cavités du cœur sont hypertrophiées, sans que ces cavités aient augmenté ou diminué de capacité : c'est l'*hypertrophie simple.* Dans la seconde, les parois des cavités sont hypertrophiées en même temps que la capacité de ces cavités est augmentée : c'est l'*hypertrophie excentrique*, ou l'anévrysme actif de Corvisart. Dans la troisième, l'épaississement hypertrophique du cœur coïncide avec la diminution de capacité des cavités, comme si l'hypertrophie s'était opérée à leurs dépens : c'est l'*hypertrophie concentrique.* »

Les deux premières de ces formes ont été admises sans discussion. Peut-être, cependant, le défaut de mesures exactes fera-t-il naître quelques doutes sur l'existence de la première, au moins dans quelques uns des cas cités. Du reste, on convient que cette forme est très rare. Pour la seconde, elle constitue dans la très grande majorité des cas l'hypertrophie du cœur. La troisième a soulevé des objections sérieuses. M. Cruveilhier, ayant remarqué que les individus qui ont succombé à une mort violente, et en particulier les suppliciés qui périssent par une hémorrhagie très rapide, présentent un effacement complet des cavités ventriculaires, en a conclu que les cœurs hypertrophiés concentriquement sont des cœurs n'offrant qu'une hypertrophie simple, mais surpris par la mort dans toute l'énergie de leur contractilité. D'autre part, M. George Budd (2) a publié un mémoire sur l'hypertrophie concentrique, fondé sur quinze cas empruntés à divers auteurs ou observés par lui-même, et desquels il conclut que l'hypertrophie concentrique n'existe point d'une manière permanente pendant la vie, si ce n'est dans quelques cas rares de difformité congénitale. Mais les raisons qu'il donne ne me paraissent pas péremptoires. Si, en effet, il a pu souvent, à l'autopsie, ramener les cavités du cœur à leur dimension normale, quelquefois il n'y est point parvenu, et s'il a pu expliquer fréquemment l'état de contraction du ventricule par la facilité avec laquelle le sang pouvait être chassé à travers un orifice non rétréci, dans plusieurs cas où il existait un obstacle considérable au cours du sang il n'est pas permis d'adopter cette explication. D'un autre côté, plusieurs auteurs, Corvisart, MM. Bouillaud, Louis, Hope, etc., ont cité des exemples d'hypertrophie très considérable qui ne permettaient plus la dilatation du cœur après la mort, et où le ventricule était tellement rétréci que, dans une observation de M. Louis, par exemple, il pouvait admettre à peine l'extrémité du pouce. Comment, d'ailleurs, si l'hypertrophie concentrique n'existait pas, aurait-on pu, dans les cas dont je viens de parler, constater pendant la vie quelques symptômes particuliers, et entre autres la petitesse du pouls, due sans doute à la petite quantité de sang lancé par le ventricule?

Voilà ce que je disais dans la première édition de cet ouvrage. Depuis, M. Dechambre (3) a entrepris une série d'expérimentations qui ne permettent plus le doute et que, pour ce motif, je dois exposer ici. Il a fait porter son investigation sur un

(1) *Traité des maladies du cœur;* Paris, 1824, in-8.
(2) *Med.-chirurg. Transact. of London*, t. XXI, p. 296 ; 1838.
(3) *Gaz. méd.*, 21 septembre 1844.

grand nombre de sujets, ne s'en fiant jamais à l'apparence, et n'admettant comme l'expression de la capacité réelle des ventricules et de l'épaisseur de leurs parois, que l'état dans lequel se trouvent ces cavités après la dilatation et le *retrait* qu'elles éprouvent immédiatement après. Or voici quels sont les résultats qu'il a obtenus :

Les faits se divisent en quatre catégories. « Dans la *première*, dit M. Dechambre, des ventricules rétrécis ou même littéralement oblitérés se laissaient dilater assez pour qu'après un léger retour sur eux-mêmes, ils conservassent des dimensions normales, et les parois, dans ce mouvement d'expansion, avaient perdu l'excès d'épaisseur qu'elles présentaient d'abord.

» Dans la *seconde catégorie*, la dilatation des ventricules était un peu plus difficile, alors même que leur rétrécissement n'était pas très considérable ; cependant on parvenait, sans trop d'efforts, à leur donner, d'une manière permanente, des dimensions *supérieures* aux dimensions normales, et toujours alors leurs parois restaient encore notablement épaissies.

» Une *troisième catégorie* comprend les cas où, après la distension, les ventricules revenaient à des dimensions normales, les parois conservant une *épaisseur exagérée*. Dans un cas, habituellement, la distension était plus difficile encore que dans les précédents. Au lieu de sentir la fibre musculaire se distendre graduellement sous l'effort, on était presque immédiatement arrêté par une résistance inélastique, semblable à celle que donne un cœur normal, quand déjà la distension de ses parois a été portée aux dernières limites de l'extensibilité.

» Enfin, dans la *quatrième catégorie*, à quelque degré de distension que le cœur fût soumis, les ventricules, un instant dilatés, revenaient toujours à des dimensions *inférieures aux dimensions normales*, et les parois, un instant amincies, à un degré d'épaisseur exagéré.

» Ajoutons que, dans ces deux dernières catégories, le volume du cœur, ou n'avait pas sensiblement varié, ou avait augmenté ; que le ventricule affecté était plus plein, plus arrondi que de coutume ; que le tissu musculaire était plus incompressible, plus dense, et, si l'on peut le dire, d'un grain plus serré que dans la seconde, et surtout dans la première catégorie. »

Après de semblables expériences, on ne saurait plus mettre en doute l'existence de l'hypertrophie concentrique. Nous devons cependant reconnaître que dans un bon nombre de cas la remarque de M. Cruveilhier reçoit son application.

Disons maintenant un mot de ces trois formes.

Première forme. L'hypertrophie avec conservation de la capacité normale ne présente rien qui diffère de la description générale donnée plus haut.

Deuxième forme. Dans l'hypertrophie avec dilatation, ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est l'étendue de la matité précordiale, qui est telle que l'on a vu la pointe du cœur battre en dehors et au-dessous du mamelon, entre la huitième et la neuvième côte, et la base entre la deuxième et la troisième. En outre, la grandeur, la plénitude, l'état vibrant du pouls, annoncent qu'une grande quantité de sang est lancée d'un seul coup dans le système artériel.

Troisième forme. Quant à l'hypertrophie concentrique, avec une matité moins étendue, elle nous offre des bruits du cœur sourds, étouffés, prolongés, et en

même temps cette petitesse, cette dépression du pouls dont j'ai déjà plusieurs fois parlé.

Voilà tout ce qu'il y a à considérer dans ces trois formes, voyons maintenant s'il est possible de tracer une description particulière de l'hypertrophie des diverses cavités du cœur.

Hypertrophie bornée à une partie du cœur. Nous ne possédons à ce sujet que des renseignements assez vagues, les observateurs n'ayant pas porté assez spécialement leur attention sur ce point important. M. Bouillaud est celui qui donne le résumé le plus précis des différences qui existent entre l'*hypertrophie des deux ventricules*. Selon lui, dans l'hypertrophie du ventricule gauche, les battements se font principalement sentir vers les cartilages des cinquième, sixième, septième ou même huitième côtes, où se trouvent à leur maximum la matité et la voussure. En même temps, le pouls est fort, tendu, vibrant; le visage est vermeil; les yeux sont animés; il se manifeste, à des intervalles plus ou moins éloignés, des bouffées de chaleur vers la tête; on observe des étourdissements, des saignements de nez, etc. Dans l'hypertrophie du ventricule droit, au contraire, les battements violents existent sous la partie inférieure du sternum, ainsi que la matité; le pouls n'est point plein et vibrant, à moins de complication d'hypertrophie du ventricule gauche; il y a des hémorrhagies pulmonaires; la respiration, suivant Corvisart, est gênée; en un mot, tandis que dans l'une on trouve une augmentation d'énergie de la circulation artérielle, dans l'autre, cette énergie existe dans la circulation veineuse, comme le prouve la dilatation de l'artère pulmonaire dans toute son étendue, observée par M. Louis (1) dans les cas d'hypertrophie des cavités droites. A ces signes, Hope et plusieurs autres observateurs ajoutent la turgescence des veines jugulaires externes et le pouls veineux lorsque l'hypertrophie existe à droite; mais dans les cas où il en est ainsi, il y a ordinairement complication d'une lésion valvulaire.

Bien que ces signes distinctifs paraissent exister dans un grand nombre de cas, il faut dire que les assertions précédentes ne sont point fondées sur une analyse exacte des observations, et qu'il reste encore beaucoup à faire sur ce sujet.

Quant à l'*hypertrophie des oreillettes*, M. Bouillaud n'en parle point, et, suivant Hope, il n'y a point de signe qui puisse la faire distinguer de l'hypertrophie des ventricules correspondants. Mais M. Beau (2), analysant un certain nombre d'observations d'hypertrophie, a remarqué que, dans les cas où le ventricule en présente une notable, surtout si l'oreillette n'y participe pas d'une manière très sensible, l'impulsion du cœur, contre l'opinion générale, est peu marquée, tandis que le contraire a lieu dans les cas d'hypertrophie considérable de l'oreillette. C'est là un fait confirmatif de sa théorie des mouvements du cœur, qui mérite d'être vérifié par d'autres observateurs.

Telle est la description symptomatologique de l'hypertrophie. Pour la compléter, je me contenterai d'énumérer ici les diverses influences qu'on a attribuées à cette maladie sur les troubles fonctionnels et sur les lésions de plusieurs autres organes. Une description détaillée serait inutile, attendu que cette lésion n'agit alors que comme simple cause, et que je devrai y revenir à l'occasion des maladies qui, suivant plusieurs auteurs, peuvent se développer sous son influence.

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2ᵉ édit., Paris, 1843, art. *Hémopt.*
(2) *Nouv. rech. sur les mouv.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1841, t. XI, p. 265).

La principale de ces influences est celle que l'on a attribuée à l'hypertrophie du ventricule gauche, sur la production de l'apoplexie cérébrale et du ramollissement du cerveau. Sur 54 cas cités par M. Bouillaud, 11 ont présenté l'une de ces deux affections, mais ce résultat est très probablement l'effet d'une coïncidence, puisque dans le grand nombre de cas rassemblés par M. Louis, il n'y a pas eu un seul exemple d'hémorrhagie cérébrale, et que le ramollissement cérébral a coïncidé avec l'hypertrophie du cœur, moins fréquemment qu'avec d'autres affections, la phthisie, par exemple. Relativement au ramollissement du cerveau, M. Bouillaud a oublié de prendre dans une autre maladie un point de comparaison qui l'aurait éclairé.

Quant à l'influence du ventricule droit sur le poumon, elle paraît bien moins démontrée à ceux même qui l'ont mise en avant, que l'influence du ventricule gauche sur le cerveau. Elle le paraîtra moins encore, quand nous aurons dit que dans les cas observés par M. Louis, il n'y en a eu que 5 où l'on ait noté quelques crachements de sang, et ces cas étaient précisément ceux où le ventricule droit avait le moins d'énergie, et où la dilatation de l'artère pulmonaire, annonçant un surcroît d'activité de la circulation, était portée au degré le moins élevé.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de cette affection est ordinairement lente et progressive. J'ai dit plus haut qu'au début, elle pouvait offrir d'assez grandes irrégularités; mais à mesure qu'elle fait des progrès, les symptômes deviennent plus permanents, quoique cependant on voie survenir plus ou moins souvent des améliorations assez notables. Les extrêmes de la durée, dans les cas rassemblés par M. Louis, ont été trois mois et douze ans.

Ainsi donc, la *durée* est assez variable ; cependant on peut dire qu'elle l'est moins, en général, que dans les autres affections organiques du cœur. M. Louis, examinant un assez grand nombre d'observations, a trouvé que l'hypertrophie avait en général une durée d'un peu plus de quatre ans ; mais il a trouvé aussi qu'il y avait une différence assez notable, sous ce rapport, entre l'hypertrophie du côté droit et celle du côté gauche. Celle-ci conduit plus rapidement les malades au tombeau, car cet observateur a vu que l'hypertrophie du ventricule gauche avait une durée moyenne de deux ans un tiers, tandis que celle du ventricule droit était de six ans et demi : résultat qui est confirmé par cette autre considération, que parmi les cas d'hypertrophie du ventricule gauche, on en compte un assez grand nombre où la maladie a été de très courte durée (de trois à sept mois), tandis qu'on ne trouve qu'un seul cas de ce genre parmi ceux d'hypertrophie du ventricule droit. De plus, M. Louis a constaté que la durée était bien plus courte dans les cas où il existait une dilatation que dans ceux où il n'y avait qu'une hypertrophie simple. Dans les premiers, en effet, la durée a été d'environ deux ans et demi et de six ans dans les seconds, même lorsqu'il y avait hypertrophie du ventricule gauche. C'est là un fait qui doit être noté.

Dans les cas bien constatés d'hypertrophie du cœur, on a bien rarement cité des exemples de *terminaison* heureuse, et encore ces exemples laissent-ils beaucoup de doute, car on n'a pas ordinairement suivi les malades assez longtemps pour s'assurer que la guérison était réelle. D'un autre côté, les troubles notables de la

circulation qui surviennent dans certains cas d'anémie et de chlorose, et les symptômes remarquables de ces maladies, ont pu, plus d'une fois, en imposer pour une maladie organique, et faire croire à la guérison de l'hypertrophie ; en un mot, sous ce rapport, l'observation a encore beaucoup à faire. Le fait cité par Laënnec (1) en est une preuve. La percussion n'a point, en effet, été pratiquée, et l'impulsion du cœur n'a point été mentionnée, de telle sorte qu'il n'est point certain que dans ce cas il y ait eu une véritable hypertrophie.

Nous avons vu plus haut que Hope et M. Beau avaient cité des exemples d'hypertrophie du cœur liée à une péricardite ancienne. Suivant ce dernier observateur, la guérison peut avoir lieu à une certaine époque, dans les cas de ce genre. Les brides qui retenaient le cœur et qui gênaient ses mouvements finissent, par suite de ces mouvements mêmes, par s'étendre et laisser un peu plus libres les contractions de l'organe ; alors l'hypertrophie, qui ne semblait produite que pour suppléer, par la force de la contraction, à la liberté des mouvements, diminue en même temps que la cause qui l'avait fait naître. Cette manière de voir, que M. Beau lui-même n'avance pas sans restriction, demande à être confirmée par des observations nouvelles.

§ V. — Lésions anatomiques.

La principale de ces lésions est, il n'est pas besoin de le dire, l'épaississement des parois des diverses cavités qui acquièrent quelquefois une épaisseur double et triple de celle qui leur est naturelle. Les colonnes charnues deviennent plus saillantes, plus grosses, et laissent entre elles des intervalles profonds. Le volume général du cœur est plus ou moins augmenté ; il l'est surtout lorsqu'il y a une hypertrophie avec dilatation. En même temps cet organe est déformé, ses angles naturels sont arrondis; il ressemble, suivant la comparaison de Laënnec, au cœur du bœuf, ou même à une gibecière. Nous avons vu plus haut comment M. Forget explique la production de ces diverses formes.

Sa situation et sa direction ne sont plus les mêmes. Dans l'hypertrophie considérable, il est placé presque transversalement dans le côté gauche de la poitrine, et ses rapports sont changés en raison directe de ce déplacement. La pointe est portée en dehors du mamelon et à un ou deux espaces intercostaux au-dessous de celui auquel elle correspond dans l'état normal. Au reste, ces changements de situation varient beaucoup suivant que l'hypertrophie et la dilatation portent sur tel ou tel point ; mais il serait inutile d'entrer dans des détails à ce sujet, car il est facile de comprendre quelles sont ces modifications, lorsque la lésion se trouve dans les cavités gauches ou dans les cavités droites, dans les ventricules ou dans les oreillettes. Le tissu musculaire du cœur, sur lequel portent principalement l'hypertrophie, est ordinairement ferme, résistant et d'un rouge plus vermeil qu'à l'état normal.

Quant aux autres lésions que l'on trouve si souvent avec l'hypertrophie, telles que les altérations de l'endocarde, les adhérences pseudo-membraneuses du péricarde, etc., je n'en parlerai point ici, parce qu'elles peuvent être considérées comme de simples complications. Il suffit de dire qu'elles se rencontrent très fréquemment, et de renvoyer le lecteur aux articles précédents.

(1) *Op. cit.*; *Des malad. org. du cœur.*

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

L'hypertrophie du cœur est, de toutes les affections de cet organe, celle dont le diagnostic est le plus facile et le plus positif. C'est peut-être pour cette raison que les auteurs qui ont traité de ces maladies, et en particulier Hope et M. Bouillaud, n'en ont point parlé d'une manière particulière.

Il suffit de se rappeler que l'hypertrophie est caractérisée par une impulsion violente, au moins dans un nombre considérable de cas, par l'étouffement des bruits du cœur, par une matité *très résistante* et plus étendue qu'à l'état normal; enfin par un surcroît d'activité dans la circulation artérielle, quand le ventricule gauche est hypertrophié.

On a cherché à distinguer cette maladie de la *pleurésie avec épanchement*, et de l'*emphysème pulmonaire;* mais bien que la première, en refoulant le cœur du côté opposé à celui qu'elle occupe, puisse au premier abord faire naître quelques doutes, je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'établir un diagnostic entre des affections si dissemblables.

On a ensuite recherché les différences qui existent entre l'hypertrophie simple de l'*endocardite aiguë;* mais il faudrait, pour qu'on pût craindre une confusion, que l'hypertrophie se montrât en même temps qu'une affection fébrile; et, s'il en était ainsi, les symptômes antérieurs, l'étendue de la matité, l'absence de bruits anormaux dans l'hypertrophie simple, viendraient, comme je l'ai dit plus haut, éclairer le diagnostic.

Ce n'est qu'à un examen très superficiel que la *péricardite*, qui a été aussi indiquée comme pouvant être quelquefois confondue avec l'hypertrophie du cœur, donnerait lieu à une erreur semblable.

S'il existe une *péricardite* avec épanchement, les battements du cœur sont profonds, éloignés de l'oreille, et il y a une matité beaucoup plus étendue que dans l'hypertrophie. Ces signes suffisent pour ce diagnostic, sur lequel il est inutile d'insister.

Quant à l'*anévrysme de l'aorte*, qui a donné lieu à de nombreux diagnostics différentiels de la part des anciens, j'indiquerai comment on le distingue de l'hypertrophie après avoir fait son histoire.

Restent donc les *palpitations* purement nerveuses ou liées à un état chlorotique ou anémique. Ces palpitations sont parfois assez difficiles à distinguer de l'hypertrophie pour avoir plusieurs fois trompé les médecins; et cependant rien n'est plus important que ce diagnostic, puisqu'il doit influer d'une manière très notable sur le traitement. Les palpitations nerveuses sont intermittentes; elles prennent tout à coup un grand accroissement, pour diminuer beaucoup ou disparaître entièrement bientôt après. On les observe ordinairement chez des femmes sujettes à diverses névroses; elles ne donnent pas lieu à l'œdème des extrémités, et ne présentent, en un mot, rien de remarquable, si ce n'est les battements insolites du cœur. Dans les palpitations des chlorotiques, on observe, outre les symptômes propres à cet état morbide et qui sont en général très différents de ceux de l'hypertrophie, des bruits de souffle vers la base du cœur, et bien plus souvent sur le trajet des artères. Ces bruits anormaux, dont les caractères particuliers seront décrits plus loin, cessent dès que par un traitement approprié on a modifié les principaux symptômes, et

alors il ne reste plus rien de cet état morbide du cœur qui paraissait si effrayant. Dans l'hypertrophie, au contraire, les bruits anormaux sont rares et très faibles, à moins de complication ; et si parfois on parvient à produire une amélioration notable, il reste toujours à la région précordiale quelques signes tels qu'une impulsion augmentée et un certain degré de matité, qui annoncent que la maladie n'a point complétement disparu. Les mêmes signes distinguent l'hypertrophie des palpitations de l'anémie, et de plus il y a dans celles-ci cette décoloration complète des tissus qui est bien différente de ce que l'on observe dans l'hypertrophie.

M. Richelot (1) a signalé une cause d'erreur qu'il est important de connaître. Chez les sujets affectés de déviations considérables de la colonne vertébrale, il peut arriver que le cœur se trouve comprimé par les parties osseuses. De là dilatation des cavités et signes d'hypertrophie. En pareil cas les saignées répétées peuvent être très nuisibles en ôtant à l'organe la force de lutter contre l'obstacle. M. Richelot a vu, au contraire, les toniques produire un très grand soulagement.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

D'après les considérations précédentes, je ne ferai entrer dans ce tableau que les dernières maladies dont il vient d'être question, parce qu'elles seules pourraient prêter à la confusion.

1° *Signes distinctifs de l'hypertrophie et des palpitations nerveuses.*

HYPERTROPHIE DU COEUR.	PALPITATIONS NERVEUSES.
Maladie généralement *continue;* n'éprouvant que des améliorations incomplètes.	Maladie *intermittente* disparaissant entièrement.
OEdème des extrémités, lorsque l'affection est portée à un haut degré, et surtout quand il y a complication d'une lésion des orifices.	*Point d'œdème.*
Matité augmentée à la région précordiale.	*Pas d'augmentation de la matité.*

2° *Signes distinctifs de l'hypertrophie du cœur et des palpitations chez les chlorotiques.*

HYPERTROPHIE DU COEUR.	PALPITATIONS CHEZ LES CHLOROTIQUES.
Point de bruits anormaux quand l'hypertrophie est simple.	*Bruits anormaux* à la base du cœur et dans le trajet des artères.
Laisse des traces même dans les plus grandes améliorations.	*Disparaissant complétement* sous l'influence d'un traitement approprié.
Point de symptômes généraux de la chlorose.	*Signes généraux* de la chlorose.

3° *Signes distinctifs de l'hypertrophie du cœur et de l'anémie.*

HYPERTROPHIE DU COEUR.	ANÉMIE.
Mêmes signes que dans le paragraphe précédent.	Mêmes signes que dans le paragraphe précédent, plus la *décoloration* plus ou moins complète due à l'anémie.

De tous ces diagnostics, le plus important, sans contredit, est celui qui est relatif à la chlorose. Ce sont les palpitations causées par cette maladie qui ont donné lieu

(1) *Union médicale*, 26 janvier 1847.

e plus souvent à l'erreur. C'est aussi parce qu'on n'a pas assez bien distingué ces leux états différents, l'hypertrophie et les palpitations chlorotiques, qu'on est ırrivé à des résultats si contradictoires dans le traitement de la maladie qui nous ›ccupe. On ne saurait trop, par conséquent, fixer son attention sur l'état général lu sujet qui offre des palpitations, puisque de cet état général dépendent et le pro- ıostic et le traitement.

Pronostic. Le pronostic de l'hypertrophie est grave, même en admettant avec Laënnec et M. Bouillaud la possibilité de la guérison. Ce n'est, en effet, que dans les cas très rares qu'on a vu s'arrêter la marche des symptômes, et dans ces cas on ı'avait que des présomptions en faveur de l'existence d'une hypertrophie. Le plus souvent cette maladie fait sans cesse des progrès, jusqu'à ce qu'enfin elle entraîne les malades au tombeau. Ce que j'ai dit de sa plus ou moins grande durée, suivant les cas, prouve que la dilatation des cavités du cœur lui donne un haut degré de gravité.

§ VII. — Traitement.

Les médecins qui ont précédé Corvisart ont exposé très longuement, sous le nom de *traitement des palpitations* ou *de l'anévrysme*, les moyens mis en usage contre les maladies graves du cœur. Mais ils savaient si peu distinguer les divers états morbides, qu'ils rangeaient souvent sous le même chef les affections nerveuses chlorotiques et organiques. On peut se faire une idée de la confusion qui régnait, sous ce rapport, dans la pratique, en lisant l'article que le célèbre Borsieri a laissé sur le traitement des anévrysmes. Non seulement les anévrysmes du cœur, mais encore ceux de l'aorte et les dilatations des grosses veines y trouvent leur place, sans qu'on puisse distinguer véritablement ce qui appartient aux uns et aux autres. On sent donc combien on doit être réservé en accueillant ce que ces auteurs nous ont transmis, car les affections qu'ils ont ainsi traitées pêle-mêle ont une gravité bien différente, et les moyens qui réussissent dans l'une peuvent fort bien être inutiles ou même nuisibles dans l'autre. Je vais passer en revue les divers moyens proposés par les auteurs, après quoi je présenterai les principaux traitements complexes préconisés par eux.

Émissions sanguines. Dès qu'on a reconnu l'existence des maladies organiques du cœur, on a eu recours à la *saignée*, et souvent à des saignées copieuses. On sait que ce sont des saignées élevées à une très haute dose, jointes au régime, qui forment la base du traitement d'Albertini et de Valsalva. Depuis ces auteurs, on a largement usé de ce moyen. C'est ordinairement la saignée générale que l'on met en usage. Tantôt petite, mais renouvelée fréquemment ; tantôt très copieuse, mais faite à des intervalles plus éloignés, et seulement lorsque l'intensité des symptômes le réclame, elle trouve sa place dans tous les traitements, et bien que par elle (employée seule du moins) on ne soit jamais parvenu à guérir une hypertrophie, cependant elle est si souvent immédiatement suivie d'une amélioration sensible, qu'on ne peut pas douter de son action avantageuse. Il est néanmoins des cas où l'on recommande d'être sobre de la saignée : ce sont ceux où, en même temps qu'une hypertrophie, il existe une dilatation considérable. Hope a principalement insisté sur ce point. Mais, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs les plus récents, il n'est pas rare de voir une amélioration très marquée suivre la saignée, alors que la dilatation n'est pas douteuse, et souvent l'intensité des symptômes

force elle-même le médecin à y avoir recours. L'efficacité de la saignée passe généralement pour un fait si bien démontré, qu'on recommande d'ouvrir la veine chez les enfants, dès que la chose est possible. Les saignées locales, telles que les *sangsues*, les *ventouses scarifiées*, ne sont cependant pas exclues du traitement de l'hypertrophie. S'il n'y a aucune indication particulière à remplir c'est à la région précordiale qu'on les applique ; s'il existe une congestion sanguine du foie, ce qui est plus rare dans l'hypertrophie simple que dans l'hypertrophie avec obstacle au cours du sang, huit, dix ou quinze sangsues appliquées à l'anus font facilement disparaître cet engorgement incommode.

Diurétiques. Les diurétiques jouent un trop grand rôle dans le traitement des maladies organiques du cœur, pour qu'on les ait oubliés dans l'hypertrophie ; mais comme on n'y a guère recours que dans les cas où il existe un œdème ou une hydropisie ascite, il faut admettre que ces médicaments ont été principalement dirigés contre les hypertrophies compliquées, et surtout dans les cas où le cours du sang était arrêté aux orifices. La *digitale*, employée à la fois comme diurétique et comme sédatif du cœur, est une des substances les plus usitées : c'est Withering (1) qui la conseilla le premier comme le principal remède de l'hydropisie, et qui remarqua la diminution des battements du cœur sous son influence. Ce fut là ce qui engagea à la mettre en usage dans l'hypertrophie. Aujourd'hui on possède de trop nombreux exemples de ce fait pour que, malgré les objections fondées sur quelques cas exceptionnels, on puisse se dispenser de prescrire ce médicament dans les cas dont il s'agit. La manière la plus simple est de l'administrer en pilules, à *la dose de un à six décigrammes* de poudre ou d'extrait, graduellement administrés ; ou bien de faire prendre la teinture alcoolique à *la dose de dix à trente-cinq gouttes*, ou la teinture éthérée à *la dose de dix à vingt gouttes* dans une potion. Mais souvent les médecins ont associé la digitale à plusieurs autres substances ; c'est ainsi que Goelis conseille dans les palpitations, chez les enfants, la formule suivante :

℞ Teinture alcoolique.......	6 gram.	Laudanum de Sydenham...	125 gram.
Succinate d'ammoniaque...	2 gram.		

Dose : de cinq à dix gouttes par jour.

M. le docteur W. Munk (2) distingue dans la digitale deux actions, l'une *dépressive*, l'autre *antispasmodique*. Cette dernière surtout se développe, selon lui, lorsqu'on associe la digitale avec un autre antispasmodique, et elle agit alors très bien contre les palpitations nerveuses. Mais on se demande quelle est, en pareil cas, la part d'action qui revient à chacun des médicaments.

Le *sirop de pointes d'asperges* a été vanté, au même titre, comme très utile dans la maladie dont il s'agit. Mais, sur ce point, les expériences sont insuffisantes. Broussais (3) le recommandait très fortement. En général, on l'administre dans une potion à *la dose de trente à quarante-cinq grammes*. Le docteur Gordon l'a donné en lavements ainsi qu'il suit (4) :

℞ Eau chaude...........	220 gram.	Sirop de pointes d'asperges..	1 gram.

Pour un lavement. Le répéter chaque jour.

(1) Kreysig, *loc. cit.*
(2) *Guy's hosp. Reports*, octobre 1844.
(3) *Annal. de la méd. phys.*; 1820.
(4) *Froriep Notiz.*, 1833, t. XXXIX.

Les simples diurétiques, tels que le *nitrate de potasse*, l'*acétate de potasse*, etc., ne sont guère administrés que dans les cas où il existe une hydropisie marquée, c'est-à-dire principalement dans ceux où l'hypertrophie est accompagnée d'une lésion qui gêne plus ou moins le cours du sang.

Les *purgatifs*, employés depuis fort longtemps, ont été principalement préconisés dans ces dernières années par Laënnec. « Ils sont, dit-il, souvent plus utiles que les diurétiques, et l'on doit d'autant moins craindre de les employer que leur répétition un peu fréquente diminue souvent l'énergie des contractions du cœur tout aussi efficacement que la saignée elle-même; et lors même qu'il n'existe aucune trace d'hydropisie, si les premières saignées ne soulagent pas le malade, un ou deux purgatifs rendent souvent la suivante plus utile. » Il est fâcheux que Laënnec n'ait pas appuyé son assertion sur des faits plus positifs que ceux qu'il cite dans son ouvrage, car l'exemple qu'il emprunte à Corvisart n'est point suffisant. Dans ce cas, en effet, on ne constata que la disparition d'une hydropisie, fait observé dans plusieurs autres cas où l'on a employé un autre traitement, et en outre on ne dit pas quel fut ensuite l'état du cœur. Quoi qu'il en soit, ce sont les *purgatifs drastiques* qui, suivant Laënnec, doivent être mis en usage. On pourra, par exemple, prescrire les pilules suivantes :

℞ Gomme-gutte........	0,60 gram.	Réglisse pulvérisée.......	Q. s.
Rob de sureau.......	Q. s.		

Faites 35 pilules, dont on prendra 5 par jour.

Le *jalap*, l'*aloès*, et même l'*extrait de coloquinte*, peuvent être mis en usage dans le même but.

On a employé aussi des *sédatifs* variés dans le traitement de l'hypertrophie du cœur. Les principaux sont : l'*acide hydrocyanique* et l'*eau de laurier-cerise*. Ces médicaments n'ont pas, dans cette affection, une efficacité assez bien démontrée pour que l'on doive les recommander, le premier surtout, qui est d'un emploi si dangereux.

Kreysig prescrivait particulièrement l'*alun* dans des cas où il supposait qu'il y avait un embarras marqué de la circulation. Mais comme cet auteur ne distingue pas, au moins sous le rapport du traitement, les divers états morbides, on ne sait dans quels cas il faut avoir recours à l'administration de cette substance, dont par conséquent je ne crois pas nécessaire de parler ici.

Les *ferrugineux* ont été aussi mis en usage; mais si l'on considère qu'ils sont vantés par des auteurs qui confondaient entre elles la véritable hypertrophie et les palpitations chlorotiques (sous le rapport du traitement, du moins, car depuis très longtemps on a signalé l'existence des palpitations dans la chlorose), on se demandera nécessairement si les cas de guérison qu'on a cités n'appartiendraient pas tout simplement à la chlorose. Dans les cas où l'on croit devoir administrer les préparations ferrugineuses, les *pilules* de *Blaud* ou de *Vallet*, la *limaille de fer*, etc., remplissent facilement l'indication.

Restent maintenant les *médicaments destinés à agir directement sur le tissu hypertrophié*, et à le réduire à son état primitif. C'est sous ce point de vue qu'on a prescrit certaines *eaux minérales*, telles que l'*eau de Vichy* et celles dont la composition s'en rapproche plus ou moins. Ainsi Kreysig recommande les *eaux de*

Carlsbad, *d'Ems*, *de Seltz*, etc. C'est également dans ce but que le même auteur vante les *boissons copieuses d'eau pure*, qui, selon lui, ont, entre les mains de Pouteau et de Theden, fait disparaître des squirrhes et des cancers, auxquels il compare la maladie organique du cœur dont nous nous occupons. D'un autre côté, quelques auteurs proscrivent ces boissons abondantes, dans la crainte qu'elles n'augmentent la tendance à l'hydropisie, et qu'elles n'occasionnent une trop grande distension du système sanguin. Mais tout porte à croire que ces craintes sont exagérées, et, vu la grande action du sang dans la production des affections organiques du cœur, on peut espérer qu'en introduisant une quantité considérable d'eau dans ce liquide, on diminuera la cause incessante des progrès de la maladie.

Moyens divers. On a recommandé encore un nombre assez considérable de médicaments, tels que la *racine de serpentaire*, l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, les *opiacés*, etc.; mais ces moyens paraissent bien plutôt avoir été mis en usage dans des cas de palpitations nerveuses que dans tout autre.

L'*opium*, la *jusquiame*, le *lactuarium*, ont été administrés aux doses ordinaires, sans que rien vienne déposer de leur efficacité.

Moyens externes. En même temps que l'on a donné à l'intérieur les substances que je viens d'indiquer, on a prescrit, à l'extérieur, diverses applications. Ainsi, des *vésicatoires* et même des *cautères* à la région précordiale, dans le but de produire une révulsion; l'*immersion fréquente des extrémités dans l'eau chaude*, conseillée principalement par Morgagni; des *frictions irritantes*, etc. Le docteur Turnbull a vanté des frictions faites sur la région du cœur avec la pommade suivante (1) :

℞ Vératrine........ de 0,75 à 4 gram. | Axonge................ 30 gram.

Pour frictions matin et soir.

Mais il serait très difficile d'apprécier la valeur de ce médicament.

Régime. De l'avis de tous les auteurs, le *régime* a la plus grande importance dans le traitement de l'hypertrophie du cœur. Tous recommandent de ne donner que des aliments très légers : du poisson, des légumes frais, du laitage, etc., et d'en diminuer la quantité autant que le malade peut le supporter. C'est encore là un des principaux points du traitement d'Albertini et de Valsalva que j'exposerai plus loin. En même temps il faut supprimer complétement les boissons alcooliques, et ne permettre que de l'eau pure ou très faiblement rougie.

C'est un très grand point que d'épargner au malade toutes les émotions violentes ou tristes, toutes les impressions subites qui peuvent porter leur action sur le cœur; on doit également, tout en leur prescrivant un exercice modéré, et surtout ce que l'on appelle l'exercice passif, c'est-à-dire les promenades en voiture ou sur un cheval d'une allure très douce, leur défendre expressément tout exercice violent et tout mouvement désordonné qui pourrait accélérer considérablement la circulation. Pour éviter des efforts dangereux, ils doivent se tenir constamment le ventre libre, et apporter le plus grand soin dans le traitement des plus légères affections de poitrine qui peuvent également avoir pour effet l'accélération des mouvements du cœur. En un mot, on prendra les précautions générales suivantes :

(1) *An invest. into the med. eff. of veratria*; London, 1824.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DU CŒUR.

Ne prendre qu'une petite quantité d'aliments très légers.

S'abstenir de vin pur et de liqueurs fortes.

Éviter les vives émotions morales.

Ne se livrer qu'à un exercice modéré, et surtout à un exercice passif.

Tel est le traitement de cette affection trop souvent rebelle ; il me reste maintenant à indiquer celui qui a été mis en usage par Albertini et Valsalva (1), et qui a été ensuite repris par Laënnec avec quelques modifications.

TRAITEMENT D'ALBERTINI.

Ce médecin eut l'idée d'employer les moyens suivants : Pratiquer une ou deux saignées copieuses ; faire garder le lit ; peser les aliments, de manière à diminuer chaque jour leur quantité, et à finir par n'accorder que ce qui est absolument nécessaire pour la conservation de la vie ; ne donner cette quantité qu'en trois ou quatre fois par jour, afin de n'introduire dans le sang qu'une petite portion de substance nutritive, et de ne stimuler que médiocrement les vaisseaux. Si l'on veut un exemple de la rigueur de ce traitement, on n'a qu'à lire une observation rapportée par Morgagni, dans laquelle le malade était réduit à ne prendre le matin que 250 grammes de bouillie, et le soir à peine la moitié de cette quantité, ne buvant du reste qu'une quantité minime d'eau rendue mucilagineuse avec la colle de poisson. On a vu des malades soumis à ce régime pouvoir à peine, au bout d'un certain temps, soulever leurs membres affaiblis. En même temps Albertini et Valsalva faisaient parfois des applications froides sur la poitrine.

D'après Albertini, ce traitement aurait eu des résultats très heureux. Parmi les sujets jeunes encore, lorsque la maladie n'était pas trop invétérée, il y en eut qui furent entièrement guéris et d'autres en grande partie. Chez les vieillards et lorsque la maladie était d'ancienne date, on parvient à arrêter les progrès du mal.

Certes, ce résultat serait très beau et devrait faire insister pour l'adoption de ce traitement, si plusieurs raisons ne venaient faire naître des doutes sur son efficacité. Rappelons d'abord ce grand point, qu'Albertini et Valsalva ne pouvaient pas, dans l'état où était alors la science, porter un diagnostic sûr, et ensuite remarquons qu'ils ont indifféremment parlé de l'anévrysme de l'aorte et de l'hypertrophie du cœur. On s'explique ainsi comment, dans les applications ultérieures de leur traitement, on n'a point été aussi heureux, et comment Laënnec lui-même, qui employait une médication semblable, n'a pas pu citer d'exemple bien authentique de guérison. — Voici le traitement que ce dernier mettait en usage :

TRAITEMENT DE LAENNEC.

Ce traitement, dit l'auteur, doit être fait d'une manière énergique, surtout dans les commencements, et, en cherchant à affaiblir le malade, il faut plus craindre de rester en deçà du but que de le dépasser. On commencera donc par des saignées

(1) *Comment., Bonon.*, t. I. — VALSALVA, *opera medica ;* Venetiis, 1740, 2 vol. in-4°.

aussi copieuses que le malade les pourra supporter sans tomber en défaillance, et on les répétera tous les deux, quatre ou huit jours au plus tard, jusqu'à ce que les palpitations aient cessé et que le cœur ne donne plus au stéthoscope qu'une impulsion médiocre. On réduira en même temps, de moitié au moins, la quantité des aliments que le malade prenait ordinairement, et l'on diminuera même cette quantité, s'il conserve plus de forces musculaires qu'il n'en faut pour faire pas à pas une promenade de quelques minutes dans un jardin. Chez un adulte vigoureux, je réduis ordinairement la quantité des aliments à quatorze onces par jour, dans lesquelles les viandes blanches entrent seulement pour deux onces. Si le malade veut prendre du bouillon ou du lait, je compte quatre onces de ce liquide pour une de viande. Le vin doit être interdit. Lorsque le malade a été à peu près pendant deux mois sans éprouver de palpitations et sans présenter d'impulsion forte du cœur, on peut éloigner les saignées et diminuer quelque chose de la sévérité du régime, si l'habitude n'a pu familiariser encore aucunement le malade avec elle. Mais il faut revenir aux mêmes moyens, et avec une égale vigueur, si par la suite l'impulsion du cœur augmente encore.

On ne doit avoir confiance dans la guérison qu'au bout d'une année d'absence complète de tous les symptômes et surtout de tous les signes physiques de l'hypertrophie. Il faut craindre de se laisser tromper par le calme parfait qu'amènent quelquefois très promptement la saignée et la diète, surtout lorsque l'on a commencé le traitement à une époque où l'hypertrophie était déjà accompagnée de dyspnée extrême, d'anasarque et d'autres symptômes qui faisaient craindre une mort prochaine.

Ce traitement n'est employé dans toute sa rigueur par Laënnec, que dans les cas où la maladie n'a pas fait de progrès assez grands pour déterminer les infiltrations séreuses et un état de cachexie très marquée. Mais s'il en est ainsi, sans renoncer à l'emploi des saignées et de la diète, il a recours aux diurétiques, aux purgatifs et aux autres moyens indiqués plus haut. Voyons maintenant quel est le traitement adopté par Hope.

TRAITEMENT DE HOPE.

Le traitement d'Albertini et de Valsalva doit être rejeté, parce que, tout en produisant une amélioration momentanée, il tend à affaiblir considérablement le malade et à provoquer les infiltrations séreuses et la dyspnée. On se bornera à tirer de 120 à 180 ou 230 grammes de sang toutes les deux, trois ou six semaines, suivant l'âge ou la force. S'il y a des symptômes cérébraux, on appliquera des ventouses scarifiées à la nuque ; s'il existe une angine de poitrine, on placera les ventouses à la région précordiale. La diète ne sera pas la même aux diverses époques de la maladie ; ainsi, dans les deux ou trois premiers mois, les aliments seront légers et composés exclusivement de poissons blancs, de farineux et de végétaux, plus tard on pourra accorder de temps en temps quelques aliments du règne animal. Chez les sujets très affaiblis, on devra tout d'abord donner une certaine proportion de viande ; dans tous les cas, les repas devront être pris en petite quantité, et parfaitement réglés. Relativement aux boissons, Hope n'indique rien qui diffère des prescriptions des autres auteurs. Les purgatifs sont prescrits principalement pour favoriser l'action des saignées ; viennent ensuite les diurétiques dans les cas d'hy-

dropisie; l'acétate de plomb calme le système sanguin, mais il ne peut être employé longtemps sans déterminer des troubles intestinaux. Quant aux autres moyens indiqués par Hope, ils ne diffèrent pas de ceux que l'on met généralement en usage.

M. Bouillaud n'a point fait subir de modification très notable au traitement ordinaire. Voici ce que l'on trouve de plus particulier dans l'article qu'il a consacré à ce sujet.

TRAITEMENT DE M. BOUILLAUD.

La méthode d'Albertini et de Valsalva ne doit être mise en usage que quand l'hypertrophie est énorme; il est impossible d'indiquer d'une manière précise le nombre et la quantité des saignées que l'on doit pratiquer. Chez un adulte de force moyenne, affecté d'une hypertrophie d'étendue également moyenne, trois ou quatre saignées du bras, de 350 à 500 grammes, pourront être pratiquées dans le cours du traitement, et l'on y joindra une ou deux applications de ventouses scarifiées sur la région précordiale, à la dose de 240 à 300 grammes de sang chacune. La digitale, sans être bannie du traitement interne, sera appliquée avec beaucoup d'avantages par la méthode endermique. On placera un vésicatoire sur la région précordiale, et chaque jour on recouvrira sa surface de poudre de digitale, *à la dose croissante de trente à soixante-quinze centigrammes;* enfin, le régime sera le même que dans les traitements précédents.

On voit que dans ces traitements il n'y a rien de précis et de positif. Les auteurs ont évidemment écrit sous des impressions plus ou moins générales, et quelquefois d'après leurs idées théoriques. C'est au praticien à choisir dans ces médications celle qui lui paraîtra la plus appropriée, en observant avec soin les effets des moyens qu'il mettra en usage. Toutefois il faut remarquer cet accord des auteurs pour l'utilité de la saignée, de la digitale et de la diète, qui sont les principaux moyens dirigés contre l'hypertrophie.

Je pourrais maintenant exposer quelques autres traitements fondés sur des idées différentes: ainsi Corvisart, Kreysig et les auteurs qui les ont précédés avaient grand soin de mettre en œuvre ce que l'on appelle la médecine des indications. Dans ce traitement il faut rechercher s'il y a eu *suppression d'un flux*, afin de le rappeler; s'informer s'il n'y aurait pas *répercussion d'une maladie cutanée*, afin d'employer les moyens appropriés; rechercher l'existence des *vices scrofuleux*, *arthritiques*, de l'*infection vénérienne*, afin de les combattre. Mais s'il est vrai que nous avons la plus grande difficulté à reconnaître l'existence de ces causes; si l'existence même de plusieurs d'entre elles est très hypothétique; si l'expérience n'a nullement prononcé sur la valeur de ces indications; s'il n'y a point de faits concluants qui parlent en leur faveur, comment préconiser ces traitements fondés sur de pures théories? Toutefois, si l'on trouvait à la maladie une cause évidente, de violentes émotions, par exemple, ou si l'on avait quelque raison de croire que la suppression d'un flux quelconque est pour quelque chose dans sa production, on devrait fixer avec soin son attention sur ce point.

Quant à certains médicaments particuliers, comme le *sulfate de quinine*, les *mercuriaux*, etc., je ne crois pas devoir en parler, puisque je n'aurais rien de précis à en dire.

Résumé; ordonnances. Il résulte des développements dans lesquels je viens d'entrer, que le traitement de l'hypertrophie du cœur est à peu près le même, sauf quelques différences dans l'énergie des moyens, dans les cas simples et dans les cas compliqués; c'est pourquoi je me bornerai à donner un petit nombre d'ordonnances pour les cas principaux.

Ire Ordonnance.

HYPERTROPHIE SIMPLE, CHEZ UN SUJET JEUNE ET VIGOUREUX, DONT LA CIRCULATION PRÉSENTE UNE GRANDE ACTIVITÉ.

1° Deux ou trois saignées de 3 à 400 grammes, à peu de jours d'intervalle.

2° Dans le cas de congestion locale, faire des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées dans les points congestionnés.

3° Ne donner que des aliments très légers, du laitage, des végétaux, des poissons légers; diminuer chaque jour la quantité de ces aliments, jusqu'à ce qu'on ait réduit le malade à une très grande faiblesse.

4° Séjour constant au lit.

5° De six à vingt gouttes de teinture éthérée de digitale, chaque jour, dans une potion.

6° Lorsque par la percussion et l'auscultation on juge que le cœur est revenu à un état satisfaisant, augmenter graduellement, et avec beaucoup de réserve, la dose des aliments qui devront être donnés à chaque repas en très petite quantité.

IIe Ordonnance.

HYPERTROPHIE AVEC DILATATION NOTABLE, CHEZ UN SUJET ENCORE JEUNE ET VIGOUREUX.

1° Saignée modérée de temps en temps, lorsque la circulation devient embarrassée.

2° Régime léger, mais moins sévère que dans le cas précédent.

3° S'il y a congestion du foie, application de sangsues à l'anus.

4° Dans le cas d'œdème, administrer la potion suivante :

℞ Oxymel colchique.......	40 gram.	Eau distillée...........	150 gram.
Acétate d'ammoniaque...	10 gram.		

Mêlez. Dose : une cuillerée toutes les deux heures.

IIIe Ordonnance.

CHEZ UN SUJET FAIBLE, ÉPUISÉ, OU DANS LES CAS DE MALADIE ANCIENNE AVEC HYDROPISIE CONSIDÉRABLE.

1° Pour tisane :

℞ Décoction de chiendent...	1000 gram.	Sirop des cinq racines.....	65 gram.
Acétate de potasse......	2 gram.		

A prendre par petites tasses.

2° Petites saignées de loin en loin, lorsque la circulation est très embarrassée.

3° Frictions sur la région précordiale et sur l'abdomen, avec la teinture éthérée de digitale, ou bien emploi de la digitale par la méthode endermique, suivant le précepte de M. Bouillaud (*voy.* p. 705).

4° Chaque jour une demi-bouteille ou une bouteille d'eau de Vichy.

5° Régime un peu moins rigoureux que dans les cas précédents.

Ces ordonnances suffisent pour le traitement de l'hypertrophie du cœur ; il sera d'ailleurs facile au praticien d'y faire entrer les médicaments qui n'y ont pas trouvé place. Je n'ajoute pas que dans le cas où l'hydropisie ascite aurait fait de grands progrès on devrait pratiquer la *paracentèse*, car c'est là ce que tous les praticiens ne manquent point de faire.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques; purgatifs; ferrugineux; eaux minérales; sédatifs ; régime rigoureux ; altérants ; traitement d'Albertini et de Valsalva.

ARTICLE VII.

ATROPHIE DU CŒUR.

L'atrophie du cœur n'intéresse qu'à un degré très médiocre le praticien. Nous ne possédons à ce sujet que des observations fort incomplètes et dans lesquelles la petitesse plus ou moins marquée du cœur et la ténuité de ses divers tissus ont été seules convenablement décrites.

Kreysig rapporte un certain nombre de cas où le cœur avait un très petit volume. Ainsi chez des adultes, qui d'ailleurs ne présentaient pas un degré d'émaciation extrême, cet organe égalait à peine en grosseur celui des jeunes enfants. Cette atrophie était-elle congénitale ? C'est ce qu'il est permis de penser. On a cité un assez bon nombre d'autres exemples d'atrophie du cœur qui doivent être regardés comme de simples amaigrissements; car on les trouve chez les sujets affectés d'une maladie chronique ancienne, et fortement émaciés.

Cette affection a-t-elle quelques signes qui la fassent reconnaître? D'après M. Bouillaud, ces signes sont : l'absence ou la très petite étendue de la matité à la région précordiale; la petite étendue des battements du cœur; la faiblesse des bruits et des chocs ; enfin la petitesse du pouls, ou au moins sa mollesse et sa faiblesse. Dans les cas cités par Kreysig, il y avait, au contraire, des palpitations assez fortes sur lesquelles cet auteur a insisté. Ces différences ne tiennent-elles pas à la distinction établie plus haut, c'est-à-dire à ce que chez les sujets observés par Kreysig la maladie était congénitale, tandis qu'elle était accidentelle dans les cas indiqués par M. Bouillaud ? Mais je n'insisterai pas davantage sur une lésion qui ne nous offre aucune application pratique importante.

ARTICLE VIII.

DÉGÉNÉRESCENCES DU CŒUR.

Les diverses lésions de ce genre n'offrent guère plus que la précédente d'intérêt bien grand pour le praticien, et pour le même motif je glisserai très rapidement sur leur description.

§ I. — Dégénérescence graisseuse du cœur.

On trouve assez fréquemment le cœur, non seulement environné, mais encore pénétré d'une quantité plus ou moins considérable de graisse. La couche musculaire paraît amincie, et quelquefois d'une manière très remarquable. M. Bizot a rencontré assez souvent l'état graisseux du cœur, mais bien plus rarement chez l'homme que chez la femme. Cet état est surtout remarquable chez les phthisiques, et coïncide, ainsi que l'a dit M. Louis (1) avec l'état gras du foie. Laënnec a trouvé cette infiltration graisseuse chez des sujets morts de diverses maladies; mais il n'a jamais observé, non plus que Corvisart, aucun symptôme qui pût être rapporté à cette lésion. Cependant M. Cruveilhier pense que la dégénérescence graisseuse peut être la cause de la rupture du cœur; un cas observé par M. Grateloup vient seul à l'appui de cette manière de voir, qui par conséquent a besoin de nouvelles preuves. N'insistons donc pas sur une lésion qui n'a jusqu'à présent d'intérêt que sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

§ II. — Induration cartilagineuse ou osseuse du tissu propre du cœur.

Cette lésion est beaucoup plus rare que la précédente. J. Frank, sous le nom de *lithiasis du cœur*, a décrit en même temps l'ossification des membranes qui entrent dans la composition de cet organe et celle de son tissu propre. Laënnec n'a jamais rencontré cette dernière; mais d'autres auteurs en ont cité des exemples très remarquables. On les trouve rapportés dans tous les auteurs qui se sont occupés des maladies du cœur: Haller, Burns, Kreysig, Bertin, MM. Renauldin, Broussais ont trouvé des cœurs ossifiés ou cartilagineux dans une grande étendue. Cette induration se rencontre plus souvent dans les ventricules que dans les oreillettes. Elle se montre plus fréquemment chez les vieillards que chez les jeunes sujets, ce qui doit nous faire admettre que dans un bon nombre de cas elle est le résultat des progrès de l'âge. Mais c'en est assez sur cette lésion dont on n'a constaté l'existence qu'après la mort.

§ III. — Tubercules du cœur.

Les tubercules du cœur sont fort rares. M. Louis, qui a poussé les investigations si loin à ce sujet, n'en a rencontré aucun exemple. Laënnec n'en a vu qu'un très petit nombre de cas, auxquels le docteur Towsend (2) et M. Saussier (3) sont venus en joindre de très intéressants. Enfin, M. Aran en a mentionné dans un mémoire intéressant (4), dans lequel il a réuni les faits les plus authentiques des diverses dégénérescences des oreillettes. Mais comme on n'a trouvé absolument aucun symptôme qui se rapportât à cette lésion, je passerai outre.

§ IV. — Cancer du cœur.

Ce n'est guère encore que sous le rapport de l'anatomie pathologique que le cancer du cœur a été étudié. Il était, en effet, impossible, dans les divers cas qui

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2ᵉ éd., art. *Cœur*.
(2) *Journ. des scienc. chim. et médic. de Dublin*; 1833.
(3) Thèse de Paris, 1834.
(4) *Rech. sur les tum. et les dég. du cœur* (*Arch. de méd.*, 4ᵉ série, 1846, t. XI, p. 172, 274.

ont été rapportés depuis le docteur Carcassonne (1) jusqu'aux auteurs récents, d'assigner quelques symptômes particuliers à cette espèce de dégénérescence. Dans un bon nombre de ces cas, les malades ayant succombé à des maladies tout à fait étrangères, on ne s'était pas même douté de l'existence de l'affection du cœur. Dans les autres, il y avait eu quelques symptômes du côté de cet organe, mais rien ne les distinguait de ceux de toute autre affection ayant le même siége, et, chose remarquable, dans aucun il n'est question des douleurs particulières que l'on observe souvent dans le cancer.

On ne connaît qu'un petit nombre d'exemples de cancer de l'endocarde. Les principaux sont dus à MM. Rokitanski (2), Cruveilhier (3), Sims (4), Prescott-Hewest (5), et Latham-Ormerod (6).

Les signes en sont très obscurs. Dans le cas cité par M. Latham-Ormerod, il y avait un murmure systolique presque musical à la pointe du cœur ; un bruit de souffle doux sur le trajet de l'aorte et de l'artère pulmonaire ; propagation des bruits du cœur jusque sous les clavicules ; absence presque complète du murmure respiratoire sous la clavicule gauche ; une tumeur molle, sensible à la pression, et presque fluctuante à l'épigastre. Le cancer occupait le ventricule droit, à l'intérieur duquel il formait plusieurs tumeurs. Il y avait des tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps.

Telles sont les diverses dégénérescences dont il importait de dire un mot ; car il serait inutile de parler de quelques autres lésions, telles que les *kystes séreux*, *hydatiformes* ou *hydatiques*.

ARTICLE IX.

COMMUNICATION DES CAVITÉS DROITES ET DES CAVITÉS GAUCHES DU COEUR.

Quoique la lésion dont il s'agit ait donné lieu à des recherches et à des publications très importantes, je ne m'arrêterai pas longuement sur sa description, parce qu'elle n'a qu'un intérêt pratique limité, et que, sous le rapport du traitement surtout, nous n'avons sur elle que des données peu précises et peu nombreuses. Depuis Morgagni, qui a présenté l'histoire très intéressante d'une cyanose congénitale chez une jeune fille (7), jusqu'à MM. Louis (8) et Bouillaud qui ont cité des observations nouvelles et analysé les anciennes, on s'est beaucoup occupé de ce sujet. M. Gintrac (9) a donné une histoire particulière de cette affection dont il a rassemblé un nombre considérable de cas ; et récemment M. Deguise, dans une thèse intéressante que j'aurai occasion de citer, en a rapporté un très remarquable. Mais il ne faut pas croire que la connaissance de la maladie soit nouvelle ; car Senac, et avant lui quelques auteurs, avaient déjà cherché à rattacher la coloration

(1) *Mém. de la Soc. de méd.*; 1777-78.
(2) *Handbuch der pathologischen Anatomie*, t. II, 1842.
(3) *Anat. pathologique du corps humain*, in-fol. avec pl. col.
(4) *Med.-chir. Trans.*, t. XVIII.
(5) *Lond. med. Gaz.*, t. XXXVIII.
(6) *Med.-chir. Trans.*, t. XXXI ; 1847.
(7) *De sedib. et caus. morb.*, epist. XVII, 12.
(8) *Rech. anat.-path.: Mém. sur la comm. des cav. droites et gauches du cœur.*
(9) *Observ. et rech. sur la cyanose, ou maladie bleue* ; Paris, 1824.

bleue de la peau à la communication anormale des cavités du cœur. Dans la description qui va suivre, je m'attacherai à ne présenter que ce qui peut avoir quelque importance pour la pratique.

§ I. — Fréquence; synonymie.

Quoiqu'on ait réuni un assez grand nombre de cas de cette communication anormale des cavités du cœur, on ne peut pas dire que cette lésion soit très fréquente. Sur 400 sujets ouverts dans l'espace de quatre ans et demi, M. Louis ne l'a vue que deux fois. On la trouve désignée, dans plusieurs auteurs, sous les noms de *cyanose*, *cyanose cardiaque*, *maladie bleue*.

§ II. — Causes.

Nous n'avons pas de renseignements très précis sur toutes les causes qui peuvent donner lieu à cette communication anormale; il en est une cependant qui est admise par tout le monde: c'est *un vice de conformation* primitif, congénital. M. Louis, par l'analyse des faits qu'il a observés et de ceux qu'il a empruntés aux auteurs, a démontré, en effet, que dans presque tous les cas, si ce n'est dans tous, c'est à une disposition particulière, existant depuis la naissance, qu'on doit attribuer ces ouvertures anormales. On a cité des cas où une *violence extérieure*, des *efforts considérables* ont coïncidé avec l'apparition de la maladie, et l'on en a conclu que ces violences devaient être considérées comme une cause évidente. Mais il s'élève de très grands doutes sur l'exactitude de cette manière de voir, qui n'est point appuyée sur des faits positifs.

Une *altération* du tissu du cœur qui forme la cloison des oreillettes et des ventricules, un *ramollissement*, et en particulier un ramollissement inflammatoire, peuvent-ils donner lieu à une rupture partielle qui fasse communiquer entre elles les cavités droites et les cavités gauches? On conçoit la possibilité du fait, mais on n'a point d'observations bien authentiques qui en démontrent la réalité. On doit donc reconnaître, avec M. Louis, que les cas de ce genre sont au moins très rares. Je laisse de côté quelques autres causes indiquées par les auteurs, parce qu'elles n'ont en leur faveur aucune preuve solide.

§ III. — Symptômes.

L'appréciation des symptômes attribués à cette lésion a donné lieu à des discussions nombreuses.

Début. Nous avons vu plus haut que, dans quelques cas, le début pouvait paraître subit. Mais, après la lecture des observations, on se demande s'il n'y aurait pas eu dans ces cas une simple exagération de quelques symptômes déjà existants; car le plus souvent les premiers signes de l'affection, qui se manifestent ordinairement à une époque assez éloignée de la naissance, n'attirent l'attention que d'une manière très passagère. Quelquefois c'est à la naissance même que ces signes se produisent.

Symptômes. Maintenant quels sont les symptômes de la maladie confirmée? Le premier de tous, celui qui a soulevé le plus de discussions, est la *cyanose* ou *coloration bleue de la peau*; mais cette cyanose tient-elle à la communication anormale des cavités du cœur ou à d'autres lésions? Voilà ce qu'il s'agit d'examiner.

Nous voyons d'abord que ce signe se montre principalement dans les cas où, avec cette communication, il existe un rétrécissement notable de l'artère pulmonaire. M. Louis a insisté sur ce fait très important, qu'il a noté dans la majorité des cas; mais déjà Morgagni avait eu soin de faire remarquer ce rétrécissement de l'orifice pulmonaire, qui existait à un haut degré chez la jeune fille soumise à son observation.

Dans les cas de cyanose due à une affection du cœur et sans rétrécissement de l'orifice pulmonaire, on trouve d'autres lésions des orifices qui causent également, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la stase du sang veineux; tandis qu'au contraire, dans presque tous ceux où les orifices sont restés libres, on n'a pas trouvé de cyanose. Voilà déjà un motif sérieux de douter que la coloration bleue de la peau soit due, comme l'ont pensé plusieurs observateurs, et en particulier M. Gintrac, au mélange des deux sangs à travers l'ouverture anormale. Mais il y a bien d'autres objections à adresser à cette manière de voir. D'abord il est bien loin d'être démontré que si l'équilibre est conservé dans la force de contraction des cavités droites et des cavités gauches, le sang puisse pénétrer d'une cavité dans l'autre. Il faut pour cela, comme l'ont fait remarquer MM. J. Cloquet, Louis, etc., que cet équilibre soit rompu, ou par la puissance même des parois d'une des deux cavités, ou par suite d'un rétrécissement d'un orifice qui forme un obstacle contre lequel la contraction d'une des deux cavités est obligée de lutter puissamment. En second lieu, on a remarqué que la coloration livide ne survenait souvent qu'à une époque plus ou moins avancée de l'existence, quoique la communication anormale fût congénitale; et enfin tout le monde a été frappé de cette réflexion de M. Fouquier, que chez le fœtus, dans les vaisseaux duquel il ne circule que du sang noir, la peau n'est pas colorée en bleu. J'ajouterai à l'appui de cette opinion un exemple que j'ai observé à l'hospice des Enfants-Trouvés (1). Je trouvai chez un enfant une si large communication des ventricules et des oreillettes, qu'il n'y avait qu'un rudiment très faible de la cloison. Le mélange des deux sangs était donc nécessaire. Or cet enfant avait vécu plusieurs jours, non seulement sans présenter la couleur bleue de la peau, mais encore en passant par les diverses colorations qu'on observe chez l'enfant naissant. Ainsi les téguments, après avoir été d'un rouge assez foncé, prirent une teinte légèrement jaunâtre, et finirent par devenir rosés, comme chez les autres enfants. Ne sait-on pas d'ailleurs que, dans les autres maladies du cœur et dans la période de froid des fièvres intermittentes, on voit apparaître cette couleur bleue, par le seul fait de la stase du sang veineux?

Il résulte de ces considérations que la cyanose ne peut point être regardée comme l'expression symptomatique de la lésion dont il s'agit, et, de plus, qu'elle ne constitue pas une maladie particulière, mais un symptôme commun à plusieurs affections, et seulement plus ou moins fréquent dans chacune d'elles.

C'est principalement à la face, aux lèvres, aux paupières, aux lobules des oreilles, au nez et aux extrémités, que se remarque cette coloration bleue. Quelquefois elle s'est montrée d'une manière remarquable aux parties génitales.

Je me suis servi du mot *coloration bleue*, parce que assez généralement c'est la teinte que présentent les tissus; mais, chez un certain nombre de sujets, la peau

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1835, *Observ. de transp.*, etc., 2ᵉ série, t. VIII, p. 78.

est plutôt violette, livide, sombre, ou même noirâtre. M. Gintrac en a rapporté des exemples très variés. De plus, il a noté les circonstances qui donnent plus d'intensité à cette coloration : ce sont les divers efforts, la toux, la marche, les variations de température, les accès de suffocation, etc.

Les *syncopes* constituent un symptôme fréquent de la lésion dont il s'agit. M. Louis les a notées cinq fois sur sept cas de communication avec rétrécissement, et quatre fois sur un pareil nombre de cas de perforation sans rétrécissement. Ces lipothymies sont quelquefois effrayantes par leur durée ; souvent même elles sont précédées de menaces de suffocation, et M. Louis a vu un enfant chez lequel, à chaque accès, la mort semblait imminente.

La *dyspnée* est un symptôme plus fréquent encore, car on l'observe chez presque tous les sujets, qu'il y ait ou non rétrécissement des orifices. On a prétendu, il est vrai, que cette dyspnée manquait dans un plus grand nombre de cas que ne l'avaient pensé Laënnec et M. Louis ; mais l'exactitude de cette assertion n'a pas été prouvée par les faits, et si on l'a avancée, c'est que l'on a fait entrer dans l'énumération des cas de cyanose qui n'appartenaient pas réellement à la lésion du cœur dont nous traitons. Toutefois la dyspnée n'a point par elle-même une valeur absolue ; mais nous verrons, à l'article du diagnostic, qu'elle en a une très grande lorsqu'elle vient se joindre à quelques autres phénomènes.

Parmi les symptômes importants, on a noté, et le docteur Caillot (1) a surtout insisté sur ce point, une *sensibilité marquée au froid*. Mais M. Louis ne l'a rencontrée que quatre fois, et seulement pendant les accès de suffocation. C'est surtout lorsque la circulation est très gênée, lorsque la stase du sang est très considérable, et que les fonctions sont engourdies, qu'on observe cette sensibilité au froid.

Tels sont les principaux symptômes attribués à la communication anormale des cavités du cœur ; mais il en est d'autres qui, sans avoir autant d'importance, méritent d'être signalés. Si l'on examine la région précordiale, on trouve souvent une *matité* plus étendue qu'à l'état normal, ce qui tient à l'hypertrophie avec dilatation du ventricule pulmonaire, dans la plupart des cas. En outre, on observe des *palpitations* plus ou moins violentes avec impulsion forte en rapport avec l'hypertrophie.

On a généralement négligé l'examen du cœur sous le rapport des bruits normaux ou anormaux. Dans quelques observations, on se contente de dire que les battements sont tumultueux, mais du reste presque rien sur le timbre et la netteté des bruits. On n'a, ainsi que l'a constaté M. Louis, signalé que bien rarement un *bruit de souffle ou un frémissement* à la région précordiale ; mais, les eût-on signalés plus souvent, ces renseignements n'auraient pas été d'une utilité extrême, si l'on n'avait eu soin d'indiquer le moment précis où le bruit se serait produit. Aussi faut-il mentionner ici particulièrement l'observation recueillie par M. Deguise (2), et dans laquelle les signes stéthoscopiques sont notés avec précision. On entendit un *bruit de souffle* qui parut d'abord se prolonger dans l'aorte ; mais M. Bouley, examinant attentivement le malade, reconnut que le bruit anormal se dirigeait de droite à gauche en suivant le trajet de l'artère pulmonaire ; signe important, qui fit diagnostiquer le rétrécissement de cette artère.

(1) *Bull. de la Fac. de méd. de Paris*, année 1807.
(2) *De la cyanose cardiaque*, etc. ; Thèse, Paris, 1843.

M. Gintrac avance que le *pouls* est petit, irrégulier, intermittent, et souvent fréquent ; mais l'analyse des observations a encore prouvé que cette assertion était trop générale, et que ces caractères du pouls ne s'observent que dans un nombre limité de cas.

Les *hémorrhagies* sont assez fréquentes chez les malades affectés de perforation des cloisons du cœur ; mais le sont-elles plus que dans les autres maladies de cet organe où il y a également une stase considérable du sang ? C'est ce que les faits ne nous permettent pas de décider.

Restent enfin des symptômes très variables : ainsi diverses douleurs, ayant principalement leur siége dans la tête ; la faiblesse générale ; la difficulté qu'éprouvent les sujets à se livrer aux divers exercices du corps, etc. ; mais ces symptômes n'ont qu'une importance très secondaire. Au reste, sauf la respiration et la circulation, les autres fonctions ne sont généralement pas troublées d'une manière très notable.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Dans la très grande majorité des cas observés par M. Louis, la *marche* de la maladie n'a pas différé sensiblement de celle de l'anévrysme du cœur, c'est-à-dire de la plupart des affections précédemment décrites. Dans quelques cas, au contraire, les symptômes d'une affection du cœur n'ont paru que peu de temps avant la mort. Ceci doit s'appliquer sans doute aux symptômes les plus apparents, et en particulier aux palpitations violentes ; car, avec les moyens de diagnostic que nous possédons aujourd'hui, il est probable que, dans la plupart des cas, on aurait reconnu que le cœur était affecté d'une maladie organique.

Accès de suffocation. J'ai déjà dit qu'il y avait plus ou moins fréquemment des suffocations, souvent suivies de lipothymies. M. Gintrac a fort bien décrit ces *accès*, qui quelquefois ont une très longue durée, et dont il est le plus souvent impossible de reconnaître la cause. Ils sont caractérisés par les signes suivants : sensation de suffocation ; contraction convulsive des muscles inspirateurs ; battements du cœur irréguliers ; pouls faible, intermittent ; parfois lividité de la peau actuellement produite, ou augmentant si elle existait ; sensation de froid, sueurs froides ; quelquefois excrétions involontaires, et enfin lipothymies. Ces symptômes n'existent pas toujours réunis dans les accès, mais on en observe ordinairement le plus grand nombre. On a vu plusieurs de ces accès se succéder à de courts intervalles pendant des heures entières. Dans un cas je les ai vus survenir à la moindre émotion morale. Ils s'annoncent ordinairement par des symptômes nerveux semblables à ceux qu'on observe dans les cas ordinaires d'accès de suffocation ou de diverses névroses.

La *durée* de l'affection est très variable. Suivant M. Louis, le prolongement de l'existence n'est proportionné ni à celui des symptômes ni à l'altération présumée du sang. On peut néanmoins dire d'une manière générale que cette affection a une marche très chronique, car on a vu arriver jusqu'à la vieillesse des sujets qui évidemment depuis longtemps avaient une communication anormale des cavités du cœur.

La *terminaison* est-elle toujours fatale ? Les sujets dont je viens de parler ont succombé dans leur vieillesse à des maladies tout à fait étrangères à la lésion du cœur ; mais, dans le plus grand nombre des cas, la vie est évidemment abrégée

par cette affection, et après avoir mené une existence plus ou moins pénible, les sujets finissent par présenter une stase veineuse de plus en plus considérable, et par succomber dans un véritable état d'asphyxie lente.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont variables chez les divers sujets. M. Deguise (*loc. cit.*) nous a donné, à ce sujet, un bon résumé des observations publiées. La communication des cavités droites et des cavités gauches du cœur est causée le plus souvent par la persistance du trou de Botal. Cette persistance du trou de Botal est fréquente, puisque M. Bizot l'a trouvée 11 fois sur 34 sujets âgés de un à quinze ans, 18 fois sur 58 sujets âgés de quinze à trente-neuf ans, et 14 fois chez 63 sujets âgés de quarante à quatre-vingt-neuf ans. Si l'on examine comparativement les observations dans lesquelles on a noté quelques symptômes qu'on pût rapporter à la persistance du trou de Botal et ceux où l'on n'a pas soupçonné la lésion pendant la vie, on voit que la proportion des premiers est infiniment moins considérable, et ce fait vient encore à l'appui de ce qui a été dit plus haut sur la possibilité du jeu normal et régulier du cœur avec conservation de cette ouverture fœtale. Il faut donc d'autres conditions organiques pour que cette permanence du trou de Botal devienne réellement morbide.

D'autres fois, c'est à travers la cloison interventriculaire, et à une hauteur variable, qu'on trouve un orifice à bords arrondis, plus ou moins épais, lisses, et comme fibreux. Dans la quinzième observation de M. Louis, l'ouverture pratiquée aux deux cloisons, au lieu d'avoir un pourtour lisse et arrondi, offrait des franges membraneuses, jaunâtres, irrégulières, en un mot des conditions suffisantes pour faire regarder la communication comme accidentelle. MM. les docteurs Bertody et Hiff (1) ont rapporté chacun un cas de cyanose par communication des ventricules. Dans l'un d'eux, dont le sujet était une jeune fille de vingt et un ans, la communication des ventricules existait seule. Dans l'autre (chez une jeune fille de douze ans), les oreillettes communiquaient entre elles, et, de plus, il y avait un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire.

Cette dernière complication, si favorable à la cyanose, n'est pas très rare. Le docteur Crisp (2) a cité deux cas de cyanose, dont l'un, chez une fille de douze ans, morte rapidement d'asphyxie, avait pour principale lésion la communication des deux ventricules par un trou admettant le petit doigt, avec *absence complète de l'artère pulmonaire*, et l'autre chez un enfant de six semaines *chez qui manquait aussi l'artère pulmonaire* (3).

La persistance du canal artériel, coïncidant avec permanence du trou de Botal, semble rendre encore plus facile le mélange des deux espèces de sang. Elle existait deux fois dans les vingt observations rassemblées par M. Louis. Enfin, une hypertrophie plus ou moins considérable avec rétrécissement des orifices, et principalement de l'orifice pulmonaire, la dilatation des cavités, les altérations de la membrane interne du cœur, sont des lésions qui se rencontrent en même temps que la précédente, et qui ajoutent beaucoup à sa gravité. Un fait qu'il ne faut pas laisser

(1) Voy. *Arch. gén de méd.*, 4e série, 1848, t. XVI, p. 375.
(2) *Lond. med. Gaz.*, avril 1847.
(3) Voy. *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVI, p. 87.

passer inaperçu, et qui a été déjà signalé par M. Bizot, c'est la fréquence des altérations de la membrane interne des cavités droites du cœur, altérations qu'on serait naturellement porté à attribuer au passage du sang artériel dans les cavités droites, si les objections précédemment indiquées ne venaient jeter quelque doute sur cette manière de voir. Dans presque tous les cas, en effet, le passage du sang artériel dans les cavités droites paraît plus difficile que le passage du sang veineux dans les cavités gauches. Il faut ajouter que parfois ces lésions ne produisent pas de cyanose. Ainsi, M. le docteur Mayne (1) a vu chez une femme morte à vingt-neuf ans le trou ovale persistant, avec un rétrécissement des plus considérables des orifices aortique et mitral, de sorte que le système artériel recevait très peu de sang rouge, et chez laquelle *il n'y avait pas de cyanose.*

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de cette lésion présente très fréquemment de grandes difficultés. Nous avons vu que les principaux symptômes manquent souvent; on conçoit donc facilement qu'il y ait des cas fort douteux. M. Louis (*loc. cit.*) a résumé ainsi le diagnostic de cette affection : « Le seul symptôme qui puisse annoncer d'une manière sûre la communication dont il s'agit, est une suffocation plus ou moins considérable qui revient par accès, souvent périodiques et toujours très fréquents, accompagnés ou suivis de lipothymies avec ou sans coloration bleue de tout le corps, et provoqués par les moindres causes. » On a élevé quelques objections contre ce diagnostic; mais bien que, suivant M. Louis lui-même, il n'ait pas une certitude absolue, il faut reconnaître que les causes d'erreur sont bien peu considérables, car ce ne serait que dans des cas très exceptionnels, et dont on ne connaît guère d'exemples, que ces symptômes pourraient avoir lieu sans être liés à une communication anormale des cavités du cœur. Suivant M. Bouillaud, « la coexistence d'un frémissement cataire et d'un bruit de souffle dans la région précordiale ajouterait beaucoup à la valeur des signes précédents (ceux qui ont été indiqués par M. Louis), si surtout le bruit de souffle et le frémissement cataire étaient permanents et non accompagnés de collections séreuses passives. » La communication des cavités droites et gauches du cœur est si souvent accompagnée d'autres lésions de cet organe, et le bruit de souffle, ainsi que le frémissement cataire, appartiennent à tant d'autres affections, que cette assertion de M. Bouillaud aurait besoin de preuves. Quant aux autres symptômes, ils n'ont qu'une valeur secondaire; cependant ils peuvent être d'une grande utilité pour le diagnostic, quand ils viennent se joindre aux syncopes : si, par exemple, outre les syncopes et les lipothymies, on observe des palpitations permanentes, la sensibilité au froid, la cyanose, etc., on ne pourra plus conserver de doutes sur la nature de la maladie.

Avec quelle autre affection, en effet, pourrait-on la confondre? Les divers *rétrécissements* peuvent donner lieu, ainsi que nous l'avons vu, à une stase du sang, d'où résulte la coloration bleuâtre de la face; mais ils ne produisent pas ces syncopes fréquemment renouvelées, occasionnées par la cause la plus légère, et remarquables dans beaucoup de cas de cyanose. Il est très probable que cela tient à la rareté des rétrécissements extrêmes de l'artère pulmonaire, sans communication

(1) *Dublin quart. Journ.*, février 1848.

anormale des cavités du cœur. Tout porte à croire, en effet, que la dyspnée, les syncopes, la lipothymie, sont dues principalement à l'insuffisance de la circulation pulmonaire. Toutefois c'est un fait qui ne pourra être mis hors de doute que lorsque l'on aura étudié avec soin le rétrécissement de l'artère pulmonaire dans tous les cas où il se présente.

On a cité comme méritant un diagnostic particulier : l'*ictère noir*, formé par la matière pigmenteuse en surabondance dans la peau ; la *coloration* causée par l'*emploi du nitrate d'argent ;* celle du *choléra ;* les *taches bleues scorbutiques*, etc. Mais : 1° la cyanose due à la stase sanguine diffère trop de celles qui viennent d'être indiquées, pour occasionner une méprise ; et 2° ce n'est point par cette coloration même qu'on juge de l'existence de la lésion dont il s'agit, puisqu'on la voit manquer dans des cas bien déterminés.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit plus haut, le pronostic de la maladie est grave ; cependant sa gravité est très variable. Nous avons vu en effet que, dans certains cas, les malades pouvaient espérer une existence prolongée. La fréquence des syncopes, la difficulté de la respiration, la faiblesse de la circulation, la congestion veineuse, en un mot la réunion d'un grand nombre de symptômes, et la violence des accès, annoncent ordinairement une mort prochaine.

§ VII. — Traitement.

D'après la description précédente, nous ne devons pas nous attendre à un traitement bien efficace ; mais les divers symptômes pouvant être avantageusement modifiés par plusieurs moyens, quelques détails ne seront pas inutiles.

Émissions sanguines. La congestion veineuse, qui existe si souvent dans cette maladie, a naturellement engagé les médecins à recourir à la *saignée*. Il est certain que dans plusieurs cas, dont les principaux sont cités par M. Gintrac, la saignée a réussi à amender momentanément les symptômes ; mais la cause restant toujours la même, les accidents ne tardent pas à se reproduire, et l'on est obligé de recourir encore au même moyen. Si les paroxysmes sont fréquents, et si la congestion veineuse se reproduit très rapidement, il y aurait des inconvénients à insister sur la saignée sur des sujets ordinairement affaiblis ; le médecin devra donc, d'après l'état du malade, en diriger l'emploi de manière à pouvoir toujours y avoir recours lorsque les accidents deviendront trop graves. Les *sangsues* sont moins fréquemment mises en usage ; cependant lorsque le foie est très congestionné, on ne doit pas hésiter à en appliquer un nombre assez considérable à l'anus, lieu où elles produisent avec le plus de facilité le dégorgement. Chez les enfants au-dessous de huit ou neuf ans, c'est le moyen que l'on emploie de préférence. Quant aux *ventouses scarifiées*, etc., elles ne trouvent leur place que dans les cas de congestion locale.

Narcotiques. Quoique la gêne de la respiration dépende plus particulièrement, dans cette affection, de l'embarras de la circulation pulmonaire, on emploie souvent avec avantage les médicaments propres à rétablir le calme dans cette fonction. L'*opium*, le *datura stramonium*, la *belladone*, la *jusquiame*, remplissent très bien cette indication ; mais je n'entrerai pas à ce sujet dans de plus grands détails.

attendu que l'administration de ce médicament est la même que dans les autres accès de suffocation précédemment décrits (1).

Antispasmodiques. C'est dans le même but qu'on a administré les antispasmodiques, parmi lesquels le *camphre* et l'*assa fœtida* tiennent la première place, mais sur lesquels, pour le même motif, je n'insisterai pas. Il est cependant un médicament dont il importe de dire un mot : c'est l'*eau distillée de laurier-cerise* préconisée par Burns. On l'administre dans une potion de la manière suivante :

℞ Infusion de tilleul.......... 120 gram.	Sirop de fleurs d'oranger..... 30 gram.
Eau dist. de laurier-cerise 10 à 20 gouttes	

Mêlez. A prendre par cuillerées dans la journée.

On ne doit pas oublier que l'administration de ce médicament peut offrir quelque danger chez les jeunes enfants, et, par conséquent, on ne le prescrira qu'avec circonspection, surtout en l'absence de faits parfaitement concluants en faveur de son efficacité.

Diurétiques. L'emploi de ces moyens dans une maladie de longue durée ne peut être ordinairement prolongé assez longtemps et avec assez de persévérance. C'est lorsqu'à la congestion veineuse viennent se joindre des infiltrations diverses qu'on les met en usage, mais sans que la manière dont on les emploie diffère de celle qui a été indiquée plus haut.

Médicaments divers. La stase du sang veineux et les inconvénients qui en résultent pour les organes baignés de ce liquide non artérialisé sont des motifs qui ont engagé à agir plus ou moins directement sur le sang lui-même. Ainsi on a fait respirer au malade un air chargé d'une plus grande quantité d'*oxygène* que l'air atmosphérique ; on a cherché à rendre la respiration plus énergique en prescrivant un *exercice* plus ou moins violent, en faisant pousser des cris, exercer de grands mouvements, etc. Les *bains d'air comprimé* employés dans d'autres affections pourraient trouver ici leur application ; mais outre qu'en agissant ainsi sur un phénomène, sans détruire sa cause, on ne peut tout au plus produire qu'une amélioration momentanée, on sent que dans un bon nombre de cas cette pratique pourrait avoir des inconvénients, et d'ailleurs ces indications sont fondées plutôt sur des vues théoriques que sur l'expérience. Le médecin devra donc être très réservé dans l'administration des moyens qui viennent d'être indiqués.

Des *frictions sèches* ou *balsamiques* faites habituellement sur la surface du corps, des *pédiluves* et des *manuluves chauds* ou rendus *excitants* par l'addition du sel, de la moutarde, etc., sont aussi recommandés.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'un enfant, peu de temps après la naissance, présente des signes de congestion veineuse, voici comment il faut agir suivant M. Gintrac : on lui fait respirer un air pur ; on pratique sur son corps des frictions chaudes et aromatiques, et on l'entoure de vêtements chauds. Mais les cas dans lesquels on peut prendre ainsi la maladie au début sont rares, et bien plus rares encore sont ceux où, d'après M. Thiébault, on aurait à laisser s'écouler une certaine quantité de sang par le cordon ombilical.

Le *régime* doit être ordinairement corroborant, sans toutefois être trop excitant.

(1) Voy. art. *Laryngite*; *Bronchite*, etc.

Les malades doivent faire un exercice modéré au grand air, et surtout ce que l'on appelle un *exercice passif*, c'est-à-dire de petites promenades à cheval ou en voiture, en évitant les courses trop précipitées.

Tels sont les moyens généralement employés. On a, en outre, indiqué *la conduite à suivre dans les accès de suffocation*, les lipothymies, les syncopes. Mais c'est pour ainsi dire à l'ensemble de ces moyens qu'il faut avoir recours. Les pédiluves et les manuluves irritants, les frictions excitantes sur la surface du corps, et en particulier à la région précordiale, l'ingestion de l'eau froide dans l'estomac ou dans le rectum, les affusions froides, ont réussi dans plusieurs cas à rendre les accès moins prolongés. Quant à la saignée, elle n'est employée par les praticiens que dans les cas extrêmes, et, suivant les auteurs, elle peut alors mettre rapidement un terme à un accès effrayant, ou, au contraire, déterminer la mort subite. Mais on se demande si ce dernier fait est bien démontré, quand on considère qu'en l'absence de toute émission sanguine, la mort, dans plusieurs cas, a eu lieu subitement dans un accès.

Résumé; ordonnances. On vient de voir que les émissions sanguines, les narcotiques, les dérivatifs forment la base du traitement. Il est facile, après les détails qui précèdent, de formuler des ordonnances appropriées; par conséquent, je me bornerai à présenter la suivante :

Ordonnance.

POUR UN ADULTE, DANS UN CAS DE CONGESTION CONSIDÉRABLE ET DE SUFFOCATION FRÉQUENTE

1° Pour tisane, infusion de fleurs de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Prendre tous les soirs une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ou de datura stramonium.

3° Quand les accès de suffocation deviennent trop violents et la congestion trop considérable, une saignée de 200 à 350 grammes.

4° Dans les cas de congestion considérable du foie, huit à quinze sangsues à l'anus.

5° Frictions sèches ou aromatiques sur la surface du corps, et principalement à la région précordiale.

6° Pédiluves et manuluves irritants le matin.

7° Aliments en petite quantité et nourrissants. S'abstenir de vin pur et de liqueurs alcooliques; exercice modéré.

Chez les enfants très jeunes, on aura recours à la même prescription; seulement la saignée sera remplacée par trois, quatre ou six sangsues à l'anus. Ce lieu est le plus favorable pour cette application.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; antispasmodiques; narcotiques; révulsifs; diurétiques; régime; soins hygiéniques.

ARTICLE X.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DU CŒUR.

Sans m'étendre longuement sur des généralités qui pourraient ne pas avoir une

application bien déterminée, je dois cependant jeter un coup d'œil sur les articles précédents, afin d'indiquer quelques faits importants qui n'ont pas pu y trouver place.

Le fait le plus général qui ressort de tout ce qui a été dit plus haut, c'est qu'il est fort rare de rencontrer dans les maladies du cœur une lésion à l'état de simplicité. C'est ainsi qu'avec les diverses altérations de l'endocarde et les déformations des orifices, nous voyons exister concurremment les maladies du tissu propre du cœur : l'hypertrophie, l'amincissement, la dilatation. Il s'ensuit donc que le praticien ne devra pas s'attendre à trouver fréquemment isolés les signes qui caractérisent chacune de ces lésions, mais qu'il devra s'attacher à les démêler les uns des autres, et à établir ainsi le diagnostic des affections complexes qui viennent le plus souvent s'offrir à l'observation.

Par les mêmes motifs, le *traitement* ne saurait s'appliquer exclusivement à une seule de ces altérations. Il faut faire en sorte de grouper les moyens curatifs de telle manière qu'ils s'adressent à toutes les lésions existantes. Toutefois il est un bon nombre de cas où l'une d'entre elles, dominant toutes les autres, appelle spécialement l'attention du médecin.

Si l'on a bien suivi les détails dans lesquels je suis entré à propos de chacune des affections précédemment décrites, on aura vu qu'en définitive on était le plus souvent réduit à faire la médecine des symptômes. Ainsi, lorsqu'on trouve des palpitations violentes avec soulèvement marqué de la poitrine, s'il y a en même temps congestion du foie, œdème, ascite et suffocation, on doit employer contre le premier symptôme, la *saignée*, la *diète*, le *repos*, etc.; et contre les autres, les *sangsues à l'anus*, les *diurétiques*, la *digitale*, les *calmants*, la *paracentèse*. MM. Piédagnel et Sée (1) ont obtenu de bons effets de l'*ergotine*, administrée comme sédatif des maladies du cœur.

Je n'en dirai pas davantage sur ce sujet, qui concerne plutôt la pathologie générale que la pathologie spéciale ; ces considérations suffisent d'ailleurs pour montrer sur combien d'objets différents l'attention des médecins doit être fixée quand ils ont à reconnaître et à traiter les maladies du cœur.

(1) *Gaz. des hôp.*, mars 1847.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Pages.

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION...... V

AVANT-PROPOS..................... IX

LIVRE PREMIER.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

CHAP. I. **Maladies des fosses nasales.** *ibid.*

ART. I. EPISTAXIS.................. 2

§ I. Définition; synonymie; fréquence..................... *ibid.*
§ II. Causes...................... 3
1° Causes prédisposantes........ *ibid.*
2° Causes occasionnelles......... 4
§ III. Symptômes............... 5
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie................. 10
§ V. Lésions anatomiques........ 11
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 12
§ VII. Traitement 15
1° Evacuations sanguines........ *ibid.*
2° Ventouses; ligatures des membres 16
3° Froid.................... 17
4° Styptiques et astringents...... 19
5° Médication interne.......... 20
6° Narcotiques............... 22
Moyens mécaniques........... *ibid.*
1° Insufflation de poudres absorbantes.................. *ibid.*
2° Compression directe......... *ibid.*
3° Compression de la carotide primitive................. 23
4° Elévation des bras.......... *ibid.*
5° *Tamponnements*............ *ibid.*
A. Tamponnement antérieur.... *ibid.*
Procédé de Pelletan........... 24
Procédé d'Abernethy.......... *ibid.*
Procédé de M. Morand (de Tours) *ibid.*
B. Tamponnement antéro-postérieur.................... 25
Modification de M. Jacquelin ... 26
Description du tamponnement de Miquel (d'Amboise)......... 27
Description du tamponnement proposé par M. Martin Saint-Ange....................... 28
Précautions générales........... 29
Traitement de l'épistaxis intermittente..................... 30
Traitement de l'épistaxis par l'ergot de seigle............... *ibid.*

ART. II. CORYZA AIGU (*rhinite aiguë*). 32

§ I. Définition; synonymie; fréquence..................... 33
§ II. Causes..................... *ibid.*
1° Causes prédisposantes......... *ibid.*
2° Causes occasionnelles......... *ibid.*
§ III. Symptômes................ 34
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie................ 37
§ V. Lésions anatomiques........ 38
§ VI. Diagnostic; pronostic....... *ibid.*
§ VII. Traitement.............. 40
Coryza des adultes............ *ibid.*
Traitement du docteur J.-B. Williams.................. 42
Coryza périodique............ 44
Coryza des nouveaux-nés ...... *ibid.*
Moyens prophylactiques........ 45
Appendice.................. *ibid.*

ART. III. CORYZA CHRONIQUE (*rhinite chronique*)................... 46

§ I. Définition; synonymie; fréquence..................... 47
§ II. Causes..................... 48
1° Causes prédisposantes........ *ibid.*
2° Causes occasionnelles......... *ibid.*
§ III. Symptômes................ 49
§ IV. Marche; durée; terminaison. 50
§ V. Lésions anatomiques........ 51
§ VI. Diagnostic; pronostic....... *ibid.*
§ VII. Traitement............... 54
Traitement du coryza dû à des causes spéciales............ *ibid.*
Traitement de M. Mondière..... *ibid.*
Traitement du coryza chronique offrant quelque reste d'acuité. 55

	Pages.
Traitement par les topiques	56
Traitement de M. Trousseau	57
Traitement par le poivre cubèbe uni au carbonate de fer	59
Traitement par le poivre cubèbe seul	*ibid.*
Appendice. — Fétidité des narines; punaisie; dysodie	60
Moyens palliatifs contre la punaisie	61
ART. IV. CORYZA ULCÉREUX (*rhinite ulcéreuse; ozène*)	*ibid.*
§ I Définition; espèces; synonymie; fréquence	62
§ II. Causes	63
1° Causes prédisposantes	*ibid.*
2° Causes occasionnelles	64
§ III. Symptômes	66
1° Coryza ulcéreux non fétide	*ibid.*
2° Coryza ulcéreux fétide	*ibid.*
§ IV. Marche; durée; terminaison	69
§ V. Lésions anatomiques	70
§ VI. Diagnostic; pronostic	*ibid.*
A. Diverses espèces de coryza ulcéreux comparées entre elles	*ibid.*
B. Coryza ulcéreux comparé avec les autres maladies	71
Exploration des fosses nasales	*ibid.*
§ VII. Traitement	76
Section Ire	*ibid.*
Traitement de Celse	*ibid.*
Traitement de Fernel	78
Traitement de Rivière	80
Mercuriaux	81
Section II	83
Résumé; ordonnances	*ibid.*
Traitement antiphlogistique	*ibid.*
Astringents et purgatifs	84
Préparations de plomb	85
Médication antisyphilitique	86
Traitement de M. Werneck	88
Cautérisation	89
CHAP. II. **Maladies du larynx**	94
ART. I. LARYNGITE SIMPLE AIGUE	95
§ I. Définition; synonymie; fréquence	*ibid.*
§ II. Causes	96
1° Causes prédisposantes	*ibid.*
2° Causes occasionnelles	97
§ III. Symptômes	98
1° Laryngite aiguë légère	*ibid.*
2° Laryngite aiguë intense	99
§ IV. Marche; durée; terminaison	101
§ V. Lésions anatomiques	*ibid.*
§ VI. Diagnostic; pronostic	102
§ VII. Traitement	106
Laryngite légère	*ibid.*
Laryngite intense	107
Traitement d'Arétée	*ibid.*
Traitement de Rivière	107
Médication antiphlogistique	108
Médication interne	109
Vomitifs; purgatifs	*ibid.*
Médication externe	110
Trachéotomie	112
Résumé; ordonnances	*ibid.*
ART. II. LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE	114
§ I. Définition; synonymie	*ibid.*
§ II. Causes	*ibid.*
1° Causes prédisposantes	*ibid.*
2° Causes occasionnelles	115
§ III. Symptômes	116
Laryngite chronique légère	*ibid.*
Laryngite chronique intense	*ibid.*
§ IV. Marche; durée; terminaison	118
§ V. Lésions anatomiques	119
§ VI. Diagnostic; pronostic	*ibid.*
§ VII. Traitement	122
1° Laryngite chronique légère	123
2° Laryngite chronique intense	*ibid.*
Révulsifs	*ibid.*
Narcotiques	125
Résumé; ordonnances	127
Préparations mercurielles	128
Médication topique	129
Cautérisation de la partie supérieure du larynx (Trousseau et Belloc)	130
Injections caustiques (*idem*)	131
Insufflations (Bretonneau)	*ibid.*
Insufflations par aspiration	132
Traitement de la laryngite causée par l'extension d'une inflammation du pharynx	134
Cautérisation du pharynx	*ibid.*
Trachéotomie	*ibid.*
Régime	135
Traitement prophylactique	136
ART. III. PSEUDO-CROUP	*ibid.*
§ I. Définition; synonymie; fréquence	138
§ II. Causes	*ibid.*
1° Causes prédisposantes	*ibid.*
2° Causes occasionnelles	140
§ III. Symptômes	*ibid.*
Symptômes du début	*ibid.*
Symptômes des accès	141
§ IV. Marche; durée; terminaison	143
§ V. Lésions anatomiques	145
§ VI. Diagnostic; pronostic	*ibid.*
§ VII. Traitement	150
1° Adoucissants; émollients	151
2° Laxatifs; purgatifs	*ibid.*
3° Vomitifs	*ibid.*
4° Sangsues; saignée	152
5° Topiques irritants; vésicatoires	*ibid.*
6° Résumé; ordonnances	153
7° Sulfate de cuivre	154

Pages.

Sulfure de potasse............ 155
Antispasmodiques .... ibid.
Trachéotomie................ 156
Précautions générales.......... 157

ART. IV. CROUP.................. ibid.
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 158
§ II. Causes................ 159
1° Causes prédisposantes........ ibid.
2° Causes occasionnelles......... 161
§ III. Symptômes.............. 162
Croup chez l'enfant............ ibid.
Début...................... 163
Symptômes du croup confirmé..... 165
Accès du croup............... 167
Croup chez l'adulte............ 168
§ IV. Marche; durée; terminaison . 169
§ V. Lésions anatomiques........ 171
§ VI. Diagnostic; pronostic; récidives.................... 172
§ VII. Traitement 177
Antiphlogistiques.............. ibid.
Vomitifs.................... 180
Traitement de De Lens.......... 182
Purgatifs................... 185
Médicaments considérés comme spécifiques.................. ibid.
Préparations mercurielles........ 187
Topiques irritants sur la peau.... 189
Antispasmodiques et narcotiques. 190
Médication topique............ 191
Préparations mercurielles...... 194
Résumé; ordonnances.......... ibid.
Précautions générales......... 196
Trachéotomie 197
Description de la trachéotomie... 199
Soins consécutifs à l'opération.... 202
Cautérisation............... 208
Derniers soins après l'opération.. 210
Indications de la trachéotomie.. 211
Contre-indications de la trachéotomie.................. ibid.
Traitement prophylactique..... 212

ART. V. LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE ET CHRONIQUE (*phthisie laryngée*)... 213
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence.................. ibid.
§ II. Causes................ 214
1° Causes prédisposantes........ ibid.
2° Causes occasionnelles........ ibid.
§ III. Symptômes 215
Laryngite ulcéreuse aiguë...... ibid.
Début .... ibid.
Symptômes de la maladie confirmée.................... 216
Laryngite ulcéreuse chronique... 217
§ IV. Marche; durée; terminaison. 220
§ V. Lésions anatomiques....... 221
§ VI. Diagnostic; pronostic....... ibid.

§ VII. Traitement.............. 225
1° Traitement de la laryngite ulcéreuse aiguë................ 226
Émollients................ ibid.
Narcotiques .... ibid.
2° Traitement de la laryngite ulcéreuse chronique............ 227
Révulsifs................. ibid.
Narcotiques................ ibid.
Médication topique........... 228
Traitement de la laryngite ulcéreuse syphilitique........... 229
Trachéotomie................ 231
Précautions générales......... ibid.
Résumé; ordonnances.......... 232

ART. VI. ŒDÈME DE LA GLOTTE..... 233
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence.................. 234
§ II. Causes................ 235
1° Causes prédisposantes........ ibid.
2° Causes occasionnelles........ 237
§ III. Symptômes .... ibid.
Début.................... ibid.
Symptômes de la maladie confirmée................... 238
§ IV. Marche; durée; terminaison. 240
§ V. Lésions anatomiques....... 242
§ VI. Diagnostic; pronostic....... ibid.
§ VII. Traitement............. 247
Antiphlogistiques............ ibid.
Révulsifs .... ibid.
Vomitifs................... 249
Moyens directs; insufflations pulvérulentes .... ibid.
Incision; scarification du bourrelet œdémateux............ 250
Laryngo-trachéotomie 251
Résumé; ordonnances......... 253
Traitement prophylactique...... 254

ART. VII. POLYPES, végétations, cancer du larynx; hydatides, calculs; tumeurs de nature indéterminée..................... 255
§ Ier. Polypes, végétations....... ibid.
Polypes.................. ibid.
Symptômes................ ibid.
Marche.................. ibid.
Traitement............... 256
Végétations syphilitiques...... ibid.
§ II. Cancer du larynx......... 257
§ III. Hydatides, calculs......... 258
§ IV. Tumeurs de nature indéterminée.................. ibid.
§ V. Considérations générales.... 259
§ VI. Traitement.............. ibid.

ART. VIII. APHONIE 260
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence................. 261
§ II. Causes................ 262

Pages.
1° Causes prédisposantes........ 262
2° Causes occasionnelles........ ibid.
§ III. Symptômes 263
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie.............. ibid.
§ V. Diagnostic; pronostic....... 264
§ VI. Traitement............... 266
1° Antiphlogistiques............ ibid.
2° Antispasmodiques......... .. 267
Révulsifs .... ibid.
Vomitifs; purgatifs........... ibid.
Médication topique 268
Traitement de l'aphonie intermittente 270
Indications particulières........ ibid.
Traitement de l'aphonie due à la colique de plomb........... 272
Résumé; ordonnances.......... ibid.
CHAP. III. **Maladies de la trachée.** 274
§ Ier. Trachéite simple........... ibid.
Causes 275
Symptômes................. ibid.
Marche et durée de la maladie.. ibid.
Lésions anatomiques.......... ibid.
Diagnostic................. ibid.
Traitement................. ibid.
§ II. Trachéite pseudo-membraneuse..................... 276
§ III. Trachéite ulcéreuse (*phthisie trachéale*)................ ibid.
Causes.................... ibid.
Symptômes 277
Lésions anatomiques .... ibid.
Diagnostic .... ibid.
Traitement................ 278
§ IV. Diverses affections chroniques de la trachée .... ibid.
Appendice. — Asthme thymique. 279
Considérations générales....... ibid.
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence.................... 280
§ II. Causes.................. ibid.
§ III. Symptômes 281
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie............... 282
§ V. Lésions anatomiques....... ibid.
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 283
§ VII. Traitement.............. ibid.
CHAP. IV. **Maladies des bronches..** 284
ART. Ier. HÉMOPTYSIE............ 285
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence.................. 286
§ II. Causes 287
1° Causes prédisposantes....... ibid.
2° Causes occasionnelles........ 289
§ III. Symptômes 290
Symptômes précurseurs........ ibid.
Symptômes pendant l'hémorrhagie 291
§ IV. Marche; durée; terminaison 294
§ V. Lésions anatomiques....... 295
§ VI. Diagnostic; pronostic....... ibid.
§ VII. Traitement.............. 299
Traitement de l'hémoptysie légère. ibid.
1° Évacuations sanguines....... ibid.
2° Ventouses non scarifiées; ligature des membres 300
3° Vésicatoires; sinapismes; cautères..................... ibid.
4° Astringents............... 301
5° Narcotiques 303
Vomitifs.................. 304
Diurétiques 305
Seigle ergoté 306
Traitement de l'hémoptysie très abondante............... 307
Froid .... ibid.
Acides.................... ibid.
Grandes ventouses............ 308
Régime lacté............... ibid.
Résumé; ordonnances......... 309
Précautions générales dans les cas d'hémoptysie 312
Traitement prophylactique...... ibid.
Régime................... ibid.
ART. II. BRONCHITE AIGUË.......... 313
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence.................. 314
§ II. — Causes............... ibid.
1° Causes prédisposantes........ ibid.
2° Causes occasionnelles........ 315
§ III. Symptômes .... ibid.
Bronchite légère............. ibid.
Bronchite intense fébrile....... 316
Bronchorrhée aiguë........... 319
Bronchite capillaire générale.... 320
§ IV. Marche; durée; terminaison. 322
§ V. Lésions anatomiques....... 323
§ VI. Diagnostic; pronostic...... 324
§ VII. Traitement............. 326
Traitement de la bronchite légère. 327
Traitement de la bronchite fébrile. ibid.
Émissions sanguines.......... ibid.
Adoucissants .... ibid.
Narcotiques 328
Vomitifs.................. ibid.
Purgatifs 330
Stimulants généraux .... ibid.
Traitement par les alcooliques (Laënnec).............. 331
Traitement de la bronchite capillaire générale............. 332
Traitement de M. Fauvel...... 333
Résumé; ordonnances......... 334
ART. III. BRONCHITE CHRONIQUE...... 336
§ Ier. Définition; synonymie; fréquence.................. 337

	Pages.
§ II. Causes	337
1° Causes prédisposantes	ibid.
2° Causes occasionnelles	338
§ III. Symptômes	ibid.
§ IV. Marche; durée; terminaison.	340
§ V. Lésions anatomiques	341
§ VI. Diagnostic; pronostic	342
§ VII. Traitement	343
1° Émissions sanguines; émollients	ibid.
Vomitifs; purgatifs	344
Expectorants	345
Révulsifs	348
Astringents	349
Narcotiques	ibid.
Moyens divers	351
Précautions générales	352
Résumé; ordonnances	ibid.
ART. IV. BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE	356
§ I. Définition; synonymie; fréquence	357
§ II. Causes	ibid.
1° Causes prédisposantes	ibid.
Causes occasionnelles	358
§ III. Symptômes	ibid.
Bronchite pseudo-membraneuse aiguë	ibid.
Bronchite pseudo-membraneuse chronique	361
§ IV. Marche; durée; terminaison.	ibid.
§ V. Lésions anatomiques	362
§ VI. Diagnostic; pronostic	ibid.
§ VII. Traitement	365
ART. V. DILATATION DES BRONCHES	367
§ I. Définition; synonymie; fréquence	368
§ II. Causes	ibid.
1° Causes prédisposantes	ibid.
2° Causes occasionnelles	369
§ III. Symptômes	370
§ IV. Marche; durée; terminaison.	372
§ V. Lésions anatomiques	ibid.
§ VI Diagnostic; pronostic	373
§ VII. Traitement	377
ART. VI. RÉTRÉCISSEMENT DES BRONCHES.	ibid.
ART. VII. EMPHYSÈME VÉSICULAIRE DU POUMON	378
§ I. Définition; synonymie; fréquence	379
§ II. Causes	380
1° Causes prédisposantes	ibid.
2° Causes occasionnelles	381
§ III. Symptômes	383
§ IV. Marche; durée; terminaison.	386
§ V. Lésions anatomiques	387
§ VI. Diagnostic; pronostic	388
§ VII. Traitement	390
Antiphlogistiques	390
Révulsifs	ibid.
Expectorants	ibid.
Vomitifs	391
Narcotiques	ibid.
Antispasmodiques	393
Stimulants	394
Médicaments divers	395
Précautions générales	397
Résumé: ordonnances	ibid.
ART. VIII. EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE.	399
Causes	ibid.
Symptômes	401
Marche; durée; terminaison	402
Lésions anatomiques	ibid.
Diagnostic; pronostic	ibid.
Traitement	ibid.
CHAP. V. **Maladies du parenchyme pulmonaire**	403
ART. I. APOPLEXIE PULMONAIRE	404
§ I. Définition; synonymie; fréquence	ibid.
§ II. Causes	405
1° Causes prédisposantes	ibid.
2° Causes occasionnelles	ibid.
§ III. Symptômes	406
§ IV. Marche; durée; terminaison.	408
§ V. Lésions anatomiques	409
§ VI. Diagnostic; pronostic	410
§ VII. Traitement	411
ART. II. PNEUMONIE AIGUE	413
§ I. Définition; synonymie; fréquence	414
§ II. Causes	415
1° Causes prédisposantes	ibid.
2° Causes occasionnelles	417
§ III. Symptômes	418
Pneumonie aiguë primitive	ibid.
Pneumonie consécutive	425
§ IV. Marche; durée; terminaison.	427
§ V. Lésions anatomiques	428
§ VI. Diagnostic; pronostic	430
§ VII. Traitement	435
Émissions sanguines	ibid.
Émollients; boissons pectorales	439
Antimoniaux	440
Vomitifs; purgatifs	446
Mercuriaux	ibid.
Narcotiques	447
Vésicatoires	ibid.
Diurétiques	448
Moyens divers	ibid.
Traitement de quelques formes particulières de la pneumonie	450
Précautions générales	452
Résumé; ordonnances	ibid.

Pages.
ART. III. PNEUMONIE CHRONIQUE....... 456
ART. IV. GANGRÈNE DU POUMON....... 459
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 460
§ II. Causes.................... ibid.
1° Causes prédisposantes......... ibid.
2° Causes occasionnelles.......... 462
§ III. Symptômes................ ibid.
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 464
§ V. Lésions anatomiques......... 465
§ VI. Diagnostic ; pronostic 466
§ VII. Traitement.............. 468
ART. V. MÉLANOSE DU POUMON....... 470
ART. VI. CANCER DU POUMON......... 471
ART. VII. Phthisie............... 475
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 476
§ II. Causes.................... 477
1° Causes prédisposantes......... ibid.
2° Causes occasionnelles......... 480
§ III. Symptômes................ 481
Première période............. 482
Deuxième période............. 484
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 487
§ V. Lésions anatomiques......... 489
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 493
§ VII. Traitement............... 498
Traitement curatif............ ibid
Antiphlogistiques.............. ibid.
Balsamiques.................. 502
Préparations sulfureuses....... 503
Proto-iodure de fer (Dupasquier). 504
Vomitifs..................... 506
Sels alcalins.................. 507
Narcotiques.................. 509
Huile de foie de morue......... 510
Traitement palliatif........... 514
Régime...................... 517
CHAP. VI. **Maladies des plèvres**.... 525
ART. I. PNEUMOTHORAX............. 526
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 527
§ II. Causes.................... 528
1° Causes prédisposantes......... ibid.
2° Causes occasionnelles......... ibid.
§ III. Symptômes................ 530
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 534
§ V. Lésions anatomiques......... ibid.
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 537
§ VII. Traitement............... 540
ART. II. HÉMORRHAGIE PLEURALE..... 541
Causes...................... 542
Symptômes................... ibid.
Lésions anatomiques........... 543
Traitement................... ibid.
ART. III. PLEURÉSIE AIGUE.......... 544
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 545
§ II. Causes.................... ibid.
1° Causes prédisposantes......... 545
2° Causes occasionnelles......... 546
§ III. Symptômes................ 547
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 553
§ V. Lésions anatomiques......... 555
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 556
§ VII. Traitement.............. 559
Évacuations sanguines......... ibid
Émollients ; adoucissants....... 560
Vomitifs..................... 561
Vésicatoires.................. ibid.
Préparations mercurielles....... ibid.
Diurétiques.................. 562
Antispasmodiques............. ibid.
Précautions générales......... 564
Résumé ; ordonnances......... ibid.
ART. IV. PLEURÉSIE CHRONIQUE...... 565
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... ibid.
§ II. Causes.................... 566
1° Causes prédisposantes......... ibid.
2° Causes occasionnelles......... ibid.
§ III. Symptômes................ 567
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 568
§ V. Lésions anatomiques......... 569
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... ibid.
§ VII. Traitement............... 571
Opération de l'empyème ; thoracentèse.................. ibid.
ART. V. HYDROTHORAX............. 578
Appendice : phthisie bronchique. 579
CHAP. VII. **Maladies thoraciques sans siége déterminé**........... ibid.
ART. I. ASTHME.................. 580
ART. II. COQUELUCHE.............. 584
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... ibid.
§ II. Causes.................... ibid.
1° Causes prédisposantes......... ibid.
2° Causes occasionnelles......... 585
§ III. Symptômes................ ibid.
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 588
§ V. Lésions anatomiques......... 589
§ VI Diagnostic ; pronostic....... ibid.
§ VII. Traitement............... 590
Antispasmodiques............. 591
Narcotiques.................. 592
Vomitifs..................... 594
Sulfure de potasse............ ibid.
Révulsifs.................... 596
Précautions générales......... 597
Traitement préservatif......... ibid.
Résumé ; ordonnances......... ibid.

Pages.

LIVRE II.

MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES.

Sect. I. Maladies du cœur et du péricarde. 598

CHAP. I. **Exposé succinct de l'état normal du cœur** 600

ART. I. SITUATION ibid.

ART. II. VOLUME 602

§ I. Dimensions générales ibid.

§ II. Capacité des cavités du cœur ibid.

§ III. Épaisseur des parois du cœur 603

§ IV. Étendue des orifices 604

ART. III. MOUVEMENTS DU COEUR ibid.

ART. IV. BRUITS DU COEUR 608

ART. V. RÉSUMÉ GÉNÉRAL 613

CHAP. II. **Maladies de l'endocarde** 614

ART. I. ENDOCARDITE AIGUE 615

§ I. Définition ; synonymie ; fréquence ibid.

§ II. Causes ibid.

1° Causes prédisposantes ibid.

2° Causes occasionnelles 616

§ III. Symptômes ibid.

§ IV. Marche ; durée ; terminaison 619

§ V. Lésions anatomiques ibid.

§ VI. Diagnostic ; pronostic 621

§ VII. Traitement 625

Emissions sanguines ibid.

Emollients ibid.

Révulsifs 626

Digitale ibid.

Calomel ibid.

Purgatifs ibid.

Diurétiques 627

Précautions générales ibid.

Résumé ; ordonnances ibid.

ART. II. ENDOCARDITE CHRONIQUE 628

ART. III. ALTÉRATIONS CONSÉCUTIVES DE LA MEMBRANE INTERNE DU COEUR. — Considérations générales ibid.

ART. IV. INDURATION SIMPLE DES VALVULES AURICULO-VENTRICULAIRES 630

§ I. Induration simple de la valvule mitrale ibid.

§ II. Induration simple de la valvule tricuspide 632

ART. V. RÉTRÉCISSEMENT MITRAL ibid.

§ I. Définition ; synonymie ; fréquence ibid.

§ II. Causes 633

§ III. Symptômes ibid.

§ IV. Marche ; durée ; terminaison 637

§ V. Lésions anatomiques 638

§ VI. Diagnostic ; pronostic 639

§ VII. Traitement 642

Pages.

ART. VI. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE TRICUSPIDE 643

ART. VII. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AORTIQUE ibid.

§ I. Fréquence 643

§ II. Causes 644

§ II. Symptômes ibid.

§ IV. Marche ; durée ; terminaison 645

§ V. Lésions anatomiques 646

§ VI. Diagnostic ; pronostic 647

§ VII. Traitement 648

ART. VIII. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE PULMONAIRE ibid.

ART. IX. INSUFFISANCE DE LA VALVULE MITRALE 649

ART. X. INSUFFISANCE TRICUSPIDE 650

ART. XI. INSUFFISANCE AORTIQUE ibid.

§ I. Définition ; synonymie ; fréquence 651

§ II. Causes ibid.

1° Causes prédisposantes ibid.

2° Causes occasionnelles ibid.

§ III. Symptômes ibid.

§ IV. Marche ; durée ; terminaison 655

§ V. Lésions anatomiques ibid.

§ VI. Diagnostic ; pronostic 656

§ VII. Traitement 658

ART. XII. DES ALTÉRATIONS DES VALVULES EN GÉNÉRAL 659

Symptômes 660

Marches ; terminaison ibid.

Diagnostic ibid.

Traitement 661

Précautions générales à prendre dans les cas d'altération des orifices du cœur 664

Résumé ; ordonnances ibid.

ART. XIII. CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU COEUR 666

§ I. Concrétions polypiformes non adhérentes 667

§ II. Concrétions polypiformes adhérentes 668

CHAP. III. **Maladies du tissu propre du cœur** 670

ART. I. APOPLEXIE DU COEUR 671

ART. II. CARDITE ibid.

§ I. Définition ; synonymie ; fréquence 672

§ II. Causes ibid.

§ III. Symptômes ibid.

§ IV. Marche ; durée ; terminaison 674

§ V. Lésions anatomiques ibid.

Ramollissement 675

Abcès du cœur ibid.

	Pages.
Ulcérations	*ibid.*
Rupture	676
Gangrène	*ibid.*
§ VI. Diagnostic; pronostic	*ibid.*
§ VII. Traitement	677
ART. III. RUPTURES DU CŒUR	679
ART. IV. ANÉVRYSME PARTIEL DU CŒUR	680
ART. V. DILATATION GÉNÉRALE DU CŒUR	683
ART. VI. HYPERTROPHIE DU CŒUR	685
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence	686
§ II. Causes	*ibid.*
1° Causes prédisposantes	*ibid.*
2° Causes occasionnelles	687
§ III. Symptômes	689
Début	*ibid.*
1° Symptômes locaux	690
2° Symptômes généraux	691
Formes de l'hypertrophie	692
Hypertrophie bornée à une partie du cœur	694
§ IV. Marche; durée; terminaison	695
§ V. Lésions anatomiques	696
§ VI. Diagnostic; pronostic	697
§ VII. Traitement	698
Emissions sanguines	699
Diurétiques	700
Purgatifs	701
Moyens externes	702
Régime	*ibid.*
Précautions générales à prendre dans le traitement de l'hypertrophie du cœur	703
Traitement d'Albertini	703
Traitement de Laënnec	*ibid.*
Traitement de Hope	704
Traitement de M. Bouillaud	705
Résumé; ordonnances	706
ART. VII. ATROPHIE DU CŒUR	707
ART. VIII. DÉGÉNÉRESCENCE DU CŒUR	*ibid.*
§ I. Dégénérescence graisseuse du cœur	708
§ II. Induration cartilagineuse ou osseuse du tissu propre du cœur	*ibid.*
§ III. Tubercules du cœur	*ibid.*
§ V. Cancer du cœur	*ibid.*
ART. IX. COMMUNICATION DES CAVITÉS DROITES ET GAUCHE DU CŒUR	709
§ I. Fréquence; synonymie	710
§ II. Causes	*ibid.*
§ III. Symptômes	*ibid.*
§ IV. Marche; durée; terminaison	713
§ V. Lésions anatomiques	714
§ VI. Diagnostic; pronostic	715
§ VII. Traitement	716
Résumé; ordonnances	718
ART. X. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DU CŒUR	*ibid.*

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.



